

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Jeudi 13 Juin 1895, à une heure*

---

ETUDE

SUR

LA MÉTRITE CHEZ LES VIERGES

ET CHEZ LES NULLIPARES

par

François-André VILLATTE de PEUFEILHOUX

Né à Montluçon (Allier), le 10 février 1867

---

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. { GUYON, professeur.  
HUMBERT et ALBARRAN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

---

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1895



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1895

THÈSE

N°

337

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Jeudi 13 Juin 1895, à une heure*

---

ETUDE

SUR

LA MÉTRITE CHEZ LES VIERGES

ET CHEZ LES NULLIPARES

par

François-André VILLATTE de PEUFEILHOUX

Né à Montluçon (Allier), le 10 février 1867

---

*Président : M. LE DENTU, professeur.*

*Juges : MM.*

*{ GUYON, professeur.*

*{ HUMBERT et ALBARRAN, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties  
de l'enseignement médical.*

---

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE  
OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1895

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                     |                |
|---------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Doyen</b> .....                                                  | M. BROUAR ET.  |
| <b>Professeurs</b> .....                                            | MM.            |
| Anatomie .....                                                      | FARABEUF.      |
| Physiologie .....                                                   | CH. RICHET.    |
| Physique médicale .....                                             | GARIEL.        |
| Chimie organique et chimie minérale .....                           | GAUTIER.       |
| Histoire naturelle médicale .....                                   | BAILLON.       |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                         | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale .....                                           | DIEULAFOY.     |
|                                                                     | DÉBOVE.        |
| Pathologie chirurgicale .....                                       | LANNELONGUE.   |
| Anatomie pathologique .....                                         | CORNIL.        |
| Histologie .....                                                    | MATHIAS DUVAL. |
| Opérations et appareils .....                                       | TERRIER.       |
| Pharmacologie .....                                                 | POUCHET.       |
| Thérapeutique et matière médicale .....                             | LANDOUZY.      |
| Hygiène .....                                                       | PROUST.        |
| Médecine légale .....                                               | BROUARDEL.     |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                    | LABOULBENE.    |
| Pathologie comparée et expérimentale .....                          | STRAUS.        |
|                                                                     | G. SEE.        |
| Clinique médicale .....                                             | POTAIN.        |
|                                                                     | JACCOUD.       |
|                                                                     | HAYEM.         |
|                                                                     | GRANCHER.      |
| Maladies des enfants .....                                          | JOFFROY.       |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale ..... | FOURNIER.      |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....               | RAYMOND.       |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                      | DUPLAY.        |
| Clinique chirurgicale .....                                         | LE DENTU.      |
|                                                                     | TILLAUX.       |
| Clinique des maladies des voies urinaires .....                     | BERGER.        |
| Clinique ophtalmologique .....                                      | GUYON.         |
| Clinique d'accouchement .....                                       | PANAS.         |
|                                                                     | TARNIER.       |
|                                                                     | PINARD.        |

### Professeurs honoraires.

MM SAPPÉY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

### Agrévés en exercice.

|              |             |               |            |
|--------------|-------------|---------------|------------|
| MM           |             |               |            |
| ALBARRAN.    | DELBET.     | MARIE.        | RICARD.    |
| ANDRÉ.       | FAUCONNIER. | MAYGRIER.     | ROGER.     |
| BALLET.      | GAUCHER.    | MENETRIER.    | SCHWARTZ.  |
| BAR.         | GILBERT.    | NELATON.      | SEBILEAU.  |
| BRISAUD.     | GLEY.       | NETTER.       | TUFFIER.   |
| BRUN.        | HEIM.       | POIRIER, chef | VARNIER.   |
| CHANTEMESSE. | JALAGUIER.  | des travaux   | VILLEJEAN. |
| CHARRIN.     | LEJARS.     | anatomiques.  | WEISS.     |
| CHAUFFARD.   | LETULLE.    | QUENU.        |            |
| DEJERINE.    | MARFAN.     | REITERER.     |            |

*Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.*

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Docteur E. SCHWARTZ

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL COCHIN

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, ETC.

Cher Maître,

Permettez-moi de vous dire combien je suis embarrassé pour vous exprimer toute ma reconnaissance et mon profond dévouement. Pour faible que soit le témoignage, soyez persuadé qu'il n'en est pas moins sincère. J'aurai rarement occasion de mettre à profit vos excellents enseignements, mais si je peux faire quelque bien autour de moi, c'est à vous que je le devrai; me rappelant que vous m'avez montré qu'à la science le chirurgien doit joindre la douceur et la bienveillance. Je ne l'oublierai jamais.



Je prie mes maîtres dans les hôpitaux MM. DESPRÈS, DUMONT-PALLIER et GOURAUD de recevoir ici tous mes remerciements pour les enseignements qu'ils m'ont prodigués.

---

Je suis heureux de pouvoir dire un affectueux merci à mon excellent ami le Docteur DE GRANDMAISON, ancien interne des hôpitaux, qui a bien voulu m'aider de ses conseils pendant toute ma scolarité.



A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur LE DENTU

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL NECKER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Avec l'expression de ma plus vive  
reconnaissance.*



## INTRODUCTION

---

On a publié de nombreux travaux sur la métrite et surtout sur le traitement de cette affection ; aussi s'étonnera-t-on peut-être de voir une nouvelle étude sur ce sujet.

Si nous nous sommes décidés à l'entreprendre c'est que nous avons été frappés de voir combien on s'occupe peu, en général, de l'état de l'utérus chez les vierges. Il n'est pas rare que, à une époque suivant de plus ou moins près l'établissement des règles, les jeunes filles présentent des troubles généraux : un grand changement de caractère, de l'affaiblissement général, etc : désordres qui sont souvent liés à une métrite. Si le médecin consulté ne songe pas à interroger sa malade au point de vue utérin, il tombera très facilement, nous pourrions dire, fatalement, dans l'erreur et, partant, sa thérapeutique sera défectueuse. Or si le médecin lui-même peut méconnaître l'existence d'une métrite chez une vierge, que sera-ce quand il s'agira des parents et, s'ils ne sont pas très intelligents, ils pourront,

comme nous l'avons pu constater, au seul mot de métrite, protester qu'on outrage leur fille.

Il nous a été donné bien souvent de voir des jeunes hommes se marier étant porteurs d'une goutte militaire plus ou moins mal guérie. Le résultat ne se fait généralement pas attendre et la jeune femme est atteinte d'une métrite blennorrhagique qui, outre les douleurs qu'elle lui cause, la rend généralement stérile et amène quelquefois les plus graves complications. Cette considération nous a décidés à joindre l'étude de la métrite chez les nullipares à celle de la métrite chez les vierges.

On nous objectera que ces idées ne sont pas nouvelles : certes nous n'avons pas la prétention d'avoir inventé quoi que ce soit. Mais nous n'avons pas trouvé de travail d'ensemble sur ce sujet qui nous paraît intéressant à plusieurs points de vue.

Il ne faut pas s'attendre à trouver ici une étude complète des métrites : le titre de ce travail indique déjà qu'il ne s'agit que d'une certaine catégorie de malades. De plus, restreignant le sens des mots vierge et nullipare, nous n'entendons par là que la jeune fille et la femme nouvellement mariée. En un mot nous avons l'intention d'étudier la métrite avant et après le mariage.

Nous nous étendrons plus longuement sur les variétés de métrite les plus fréquentes chez ces deux sortes de malades, ne disant que quelques mots des autres modalités de cette affection.

C'est volontairement que nous avons esquissé d'une

façon sommaire la seconde partie du chapitre du traitement. Cette question nous eut entraîné trop loin et d'autre part elle est magistralement traitée dans nombre d'ouvrages et de publications.

L'index complet de la bibliographie de la métrite constituerait un volume à lui seul; nous donnons ici la liste des ouvrages que nous avons parcourus au cours de la rédaction de ce travail.

---



É T U D E  
SUR  
**LA MÉTRITE CHEZ LES VIERGES  
ET CHEZ LES NULLIPARES**

---

CHAPITRE PREMIER

**Symptômes**

§ 1. — *Symptômes fonctionnels*

Un des premiers signes qu'accusent les malades atteintes de métrite est une douleur, généralement sourde, siégeant le plus souvent dans le petit bassin, mais pas toujours au niveau de l'utérus. Au reste les malades se contentent souvent de dire : je souffre du bas-ventre sans pouvoir localiser bien exactement le siège de la douleur. Dans d'autres cas, surtout lorsqu'elle sont guidées par les questions du chirurgien, elles peuvent indiquer des points plus précis. Le plus souvent c'est une douleur au niveau de l'hypogastre avec irradiation dans la fosse iliaque gauche. Cette préférence de la douleur pour la fosse iliaque gauche est proba-

blement due à une salpingite gauche concomittante, surtout dans la métrite d'origine gonococique. Maintenant pourquoi est-elle plus fréquente à gauche qu'à droite, nous pensons qu'on ne le sait pas plus que pour l'épididymite. On a indiqué en dehors de là des points douloureux fixes et Fleetwood Churchill, en particulier, en décrit trois : 1<sup>o</sup> un foyer sacré-coccygien ; 2<sup>o</sup> un autre situé le long de la symphyse sacro-iliaque ; 3<sup>o</sup> un autre s'étendant le long de la cuisse jusqu'au genou. Ces localisations douloureuses nous arrêteront plus longuement lorsque nous étudierons les signes réflexes et le point sacro-coccygien, en particulier, demande une étude approfondie.

Cette douleur est souvent spontanée, surtout dans la métrite aiguë ; c'est une sensation de plénitude ; les malades sentent leur utérus ; il leur semble qu'il va s'échapper par le vagin. Ces douleurs sourdes peuvent s'accompagner d'exacerbations, véritables coliques expulsives produites, surtout dans l'endométrite cervicale glandulaire chronique par la rétention dans le col d'un bouchon de sécrétion muqueuse ; lorsque cet amas de mucus est expulsé, les douleurs vives se calment. Les douleurs sont accrues par les règles et la raison en est facile à concevoir.

La douleur est exaspérée par la pression et les secousses, aussi voit-on généralement les malades prendre mille précautions pour éviter tout ce qui peut heurter l'hypogastre. Peut-être est-ce là la cause de l'attitude inclinée en avant qu'on observe chez certaines malades. La marche et, surtout la marche sur un terrain accidenté, le saut, la danse,

l'équitation, la bicyclette, le coït etc., augmentent naturellement les douleurs. M. Pozzi fait remarquer que le tramway a peu d'influence sur les douleurs qui sont, au contraire, accrues par la trépidation du chemin de fer. Le corset a aussi une influence au point de vue douloureux et, cela est si vrai, que les malades le desserrent ou même l'abandonnent tout à fait d'elles-mêmes avant le conseil du chirurgien.

Dans les métrites légères et chez les vierges ces douleurs peuvent être très atténuées, nous verrons, en effet, en étudiant le toucher, que c'est au ballottement de l'utérus qu'elles sont dues, or, chez les vierges, les ligaments suspenseurs de la matrice n'ayant pas été tirillés, maintiennent cet organe plus immobile. Aussi chez beaucoup de jeunes filles atteintes de métrite, la station prolongée et la marche sont-elles parfaitement supportables, parfois même tout à fait indolentes.

Il n'est peut être pas de signe de métrite plus fréquent que la leucorrhée et, souvent même, c'est le seul symptôme d'une endométrite cervicale glandulaire chronique. Il faudrait écrire un volume entier si on voulait résumer tous les on dit et les remèdes de bonne femme que ce symptôme a suscités. On a vu des femmes qui croyaient que c'était une sécrétion normale absolument comme les règles. Ainsi que nous le verrons au chapitre de l'étiologie, la leucorrhée est extrêmement fréquente chez les jeunes vierges.

Les caractères du liquide excrété varient suivant le type

de la métrite. Dans l'endométrite cervicale glandulaire l'écoulement est remarquable par sa ténacité et sa viscosité. Venant des glandes du col il adhère fortement à la muqueuse. On peut le saisir avec une pince et l'étirer ; aussi forme-t-il aisément des bouchons muqueux obstruants le col utérin et provoquant les douleurs expulsives dont nous parlions il y a un instant. Lorsqu'il arrive à la vulve, soit spontanément, soit chassé par des injections, il colle les poils les uns aux autres, il forme souvent de grands filaments transparents analogues à du blanc d'œuf crû. D'autres fois il est opaque, blanc laiteux ; on le compare alors à de l'albumine cuite. La couleur de la sécrétion résulte, naturellement, des éléments qu'elle renferme, aussi devient-elle jaune ou verdâtre dans les métrites s'accompagnant de sécrétion de muco-pus. La teinte sera jaune rougeâtre au voisinage des règles.

L'écoulement peut se faire d'une façon continue ou intermittente ; certaines jeunes filles ont des pertes énormes qui les obligent à être constamment garnies ; d'autres fois, au contraire, lorsque la sécrétion est très épaisse, très visqueuse, elle est expulsée en bloc par des sortes de caillots. La marche, les fatigues peuvent quelquefois augmenter cet écoulement. Mais, le plus souvent il varie peu, et lorsqu'il est installé, il conserve ses caractères. Il faudra se garder de confondre cet écoulement avec l'hypersécrétion physiologique qui se produit à la suite du coït. On le distinguera également de l'écoulement vulvaire qui accompagne les excitations sexuelles prolongées. Dans la métrite blennor-

rhagique chronique l'écoulement peut être, pour ainsi dire, nul et se réduire à une gouttelette qui est souvent retenue elle-même à l'intérieur du col utérin.

Cet écoulement laisse sur le linge des taches d'aspect variable suivant qu'il contient ou qu'il ne contient pas de pus. Généralement il empêche le linge et forme des taches qui se réduisent en poussière lorsqu'on froisse l'étoffe ; mais si le pus prédomine dans l'écoulement, les taches deviennent jaunes verdâtres et ne disparaissent plus par le frottement.

Le liquide leucorrhéique est généralement sans odeur, néanmoins il ne faut pas oublier qu'il peut, en certaines circonstances, prendre une odeur fétide qui effraie beaucoup les malades, surtout si leur âge peut faire craindre une affection cancéreuse.

La vulve et la partie supérieure des cuisses étant incessamment baignées par ce liquide qui possède lui-même des propriétés corrosives, il se produit un prurit souvent très pénible : prurit qu'il faudra distinguer de celui qui est dû à un trouble nerveux, comme nous le verrons plus loin ; qu'il faudra distinguer également de celui qui est produit par les affections du vagin telles que : herpès, syphilis, etc., affections qui produisent un écoulement qui peut, au premier abord, en imposer pour un écoulement utérin.

Benett disait que les métrorrhagies sont aussi caractéristiques de la métrite que les crachats rouillés le sont de la pneumonie. Cette assertion est absolument exagérée et cependant c'est un symptôme important par la gravité qu'il

peut avoir et par l'effroi qu'il cause à la malade. Au moment de l'établissement des règles, la nature dépassant son but, il se peut se produire des congestions intenses de l'utérus suivies d'hémorrhagie, mais nous pensons que, dans ce cas, la métrite est plutôt le résultat que la cause de cette hémorrhagie. Chez les malades plus âgées la métrite hémorrhagique est généralement secondaire, consécutive à des néoplasmes et peut, par conséquent, se rencontrer aussi bien chez la vierge que chez la nullipare. Les règles se prolongent de plus en plus et finissent par se rapprocher, si bien que les malades se plaignent d'être constamment dans le sang; les hémorrhagies se produisent quelquefois peu de temps après le mariage; peut-être faut-il invoquer alors un traumatisme produit par des rapports exagérés ou disproportionnés. Nous avons eu l'occasion de voir, l'année dernière, une jeune femme qui fut prise, quinze jours après son mariage, d'hémorrhagies excessivement abondantes qui ne cédèrent qu'après un mois de traitement par des injections d'eau très chaude. Depuis les hémorrhagies n'ont pas reparues mais la malade a été très longue à se remettre de cette formidable saignée et jusqu'ici elle est restée stérile.

Ces pertes de sang peuvent alterner avec des écoulements leucorrhéiques et c'est la règle dans la dysménorrhée membraneuse.

La dysménorrhée, ou règles douloureuses, se produit assez souvent chez les vierges; en effet l'orifice du col peut être naturellement plus étroit qu'à l'état normal ou bien

avoir ses dimensions normales à l'état sain mais être obstrué en partie par l'hypertrophie de la muqueuse dans la métrite cervicale. En un mot que cette sténose soit congénitale ou acquise, elle n'en sera pas moins un obstacle à l'issue du flux menstruel, d'où il résultera des coliques expulsives. Dans l'endométrite cervicale glandulaire chronique la menstruation est peu modifiée. La dysménorrhée peut être due aussi à une lésion des annexes. Souvent les femmes souffrent peu dans l'intervalle des règles et on pourrait dire qu'à chaque menstruation il se produit une nouvelle métrite aiguë. Il arrive parfois, aussi bien chez les vierges que chez les nullipares que le flux cataménial entraîne avec lui des lambeaux plus ou moins considérables de la muqueuse utérine. Quelquefois cette muqueuse est expulsée en bloc et on y peut distinguer la face interne qui est lisse et criblée de petits trous et la face externe qui est irrégulière et déchiquetée. Il faudra toujours se méfier d'un avortement et si le microscope permet de déceler la présence de villosités choriales, la présence ou l'absence de cellules de la caduque n'a rien de pathognomonique.

Cette dysménorrhée membraneuse s'accompagne souvent de métrorrhagies et entraîne presque toujours la stérilité.

Au reste, quelle que soit la forme de la métrite, la stérilité est très fréquente dans cette affection. On comprend facilement que, le col utérin étant fermé par un bouchon de mucus, le sperme restera forcément au dehors et que dans certains cas, même, il sera rejeté par la violence de

l'écoulement. Nous aurons à revenir plus longuement sur cette question au chapitre du pronostic.

Nous ne nous sommes occupés jusqu'ici que des symptômes fonctionnels se manifestant, pour ainsi dire, *in situ*, mais il en est d'autres qui se traduisent à distance : ce sont des troubles nerveux réflexes. Telle jeune fille, ordinairement gaie et enjouée, respirant la santé et la vigueur, devient tout-à-coup triste, silencieuse, elle perd l'appétit, ses traits sont tirés, le visage prend un aspect cireux, les yeux sont cerclés de bistre, elle prend, en un mot, ce facies trop connu pour qu'il nécessite plus ample description. D'aucuns attribueront ces changements à des chagrins secrets, d'autres, plus sceptiques, parleront de tuberculose pulmonaire au début, d'anémie : mot qui semble devoir tout renfermer. Mais si par des questions habiles on parvient à obtenir quelques réponses, on a de grandes chances de retrouver un ou plusieurs symptômes de la métrite. Très souvent aussi cette modification de l'*habitus* extérieur est due à des habitudes onanistiques exagérées, mais, ainsi que nous le verrons plus tard, la masturbation est une cause de métrite très fréquente chez les vierges et c'est à ce point de vue seulement que nous en parlons.

Nous nous garderons bien de dire que toutes les manifestations du nervosisme, tant chez les vierges que chez les nullipares soient tributaires d'affections utérines. Nous avons examiné un nombre considérable de travaux relatifs à cette question et nous avons pu nous convaincre qu'il y a des partisans acharnés et intransigeants dans les deux

camps. Les uns affirmant que les affections utérines et même les ulcérations et autres lésions sont tributaires de la névrose primitive, les autres soutenant que les troubles nerveux sont dus à des désordres utérins. Nous croyons qu'ici, comme bien souvent, c'est entre les deux extrêmes que se trouve la vérité. Si le mot hystérie, pris au sens littéral, est maintenant déplacé, puisqu'il est admis sans conteste que cette névrose existe aussi bien chez l'homme que chez la femme, il n'en est pas moins vrai que les affections utérines ont une grande influence sur le système nerveux. Si les maladies de l'utérus ne créent pas l'hystérie de toutes pièces, si on naît hystérique, il faut du moins reconnaître que les désordres utérins exercent une profonde action sur un système nerveux ainsi préparé. Chacun a pu constater quelle modification de caractère chaque période menstruelle amène chez la femme saine, et, pour peu que l'on soit observateur, il est facile de déceler l'arrivée prochaine des règles sans qu'on en connaisse la date.

Loin de nous la pensée d'entreprendre de décrire une hystérie utérine, il en faudrait décrire autant qu'il y a de malades ; mais il nous semble intéressant d'indiquer quelques-unes des manifestations nerveuses qui surviennent actuellement chez la catégorie des malades qui fait l'objet de cette étude.

En première ligne nous citerons l'hypocondrie ; cet état éveille facilement l'attention de l'entourage de la malade. Chez la vierge, la pudeur ou la crainte d'être découverte si la maladie est le résultat de l'onanisme ; chez la nulli-

pare, l'obligation de renoncer à ses devoirs d'épouse, aux plaisirs mondains, la stérilité enfin, seront autant de causes qui contribueront puissamment à accroître cette propension aux idées tristes.

A cette hypocondrie se joint fréquemment un état d'asthénie très marqué; la malade devient indolente, se fatigue très facilement, s'essouffle au moindre effort, l'esprit devient paresseux. Telle occupation intellectuelle ou artistique qui l'intéressait vivement n'a plus pour elle aucun attrait. Tout lui devient indifférent.

Il n'est pas, dit M. Pozzi, de fonctions sur laquelle les affections utérines retentissent avec plus de constance que la digestion. En 1858 Aran écrivait : « C'est surtout vers l'estomac que les troubles se manifestent d'une manière plus tranchée. Ces phénomènes consistent en des sensations pénibles vers la région épigastrique : sensations que les malades caractérisent du nom de tiraillements, de faiblesse d'estomac qui s'accompagnent généralement d'un besoin fréquent d'alimentation, mais en réalité, l'appétit est fugitif et illusoire ; car à peine quelques aliments ont-ils été ingérés que la satiété se produit. Plus tard les digestions deviennent languissantes, difficiles, s'accompagnant de pesanteurs, de gonflement, de renvois, d'aigreurs et même de vomissements. »

Depuis, tous les gynécologistes ont signalé l'influence de la métrite sur la digestion ; on sait, d'autre part, que beaucoup de femmes saines présentent des troubles dyspeptiques au moment de leurs règles et les vomissements

ne sont-ils pas presque toujours les premiers signes d'une grossesse au début. Mais de ce qu'il y a de la dyspepsie dans les affections utérines nous ne prétendons nullement décrire une dyspepsie utérine et cependant ces désordres stomacaux se présentent toujours sous la même forme ; c'est une dyspepsie atonique ou par insuffisance fonctionnelle.

On pourra noter d'abord du dégoût pour les aliments ; la malade mangera sans plaisir, du bout des dents, comme on dit vulgairement. A peine a-t-elle mangé qu'elle ressent une sensation de plénitude, de poids au niveau de l'épigastre ; l'estomac se gonfle, la malade est obligée de desserrer ses vêtements. Cette flatulence est naturellement accompagnée d'éruclations qui sont rarement fétides et qui procurent un grand soulagement. En même temps la malade a des bouffées de chaleur, des sensations de vertiges et des éblouissements parfois fort pénibles. En somme on trouve là ce qu'on désigne actuellement sous le nom de dyspepsie par insuffisance fonctionnelle avec hyperchlorhydrie et aepsie. Au reste l'estomac n'est pas seul en cause ; il y a paresse de tout le tube digestif, aussi la constipation est-elle plus ou moins prononcée.

Si l'affection utérine persiste, les désordres stomacaux s'accroissent et la dilatation s'établit avec son cortège habituel.

Il n'est pas besoin d'insister sur les troubles généraux que peut amener une nutrition aussi compromise. Le dépérissement, l'amaigrissement, l'anémie, etc., ne tardent pas à se manifester.

En même temps que ces signes d'affaiblissement progressif, se montre parfois un autre symptôme bien fait pour lancer sur une fausse piste l'observateur non prévenu. Nous voulons parler de cette toux qu'un élève de M. Pozzi a décrit sous le nom de toux utérine. Ce signe se rencontre à partir de la puberté, principalement chez les jeunes filles chloro-anémiques ou nerveuses et surtout dans la classe aisée. Généralement elle apparaît insidieusement et revêt des allures très différentes. Elle peut être produite par des causes agissant directement sur l'utérus, les rapports sexuels, par exemple, ou encore par la position de l'utérus. Observations de Malachia, de Cristoforis. Dans l'une de ces observations, la malade avait des quintes de toux lorsqu'elle était debout, ces quintes cessaient lorsqu'elle était couchée ou lorsque l'utérus était soutenu. Ces accès de toux sont quelquefois précédés de prodromes tels que sensation de constriction du larynx.

L'accès de toux peut être constitué par plusieurs secousses successives ou par une seule secousse. Cette toux est le plus souvent sèche et, si parfois il y a rejet de mucosités c'est qu'il y a en même temps un léger degré de bronchite. Elle est brève et superficielle; elle peut être sonore et bruyante; d'autres fois au contraire, sourde et éteinte. Très souvent elle correspond au son : Hem.

Les accès de toux sont souvent contemporains des règles; apparaissant avec elles, ils disparaissent avec elles. Ils auront donc la même durée que les règles. Parfois les accès se composent de groupes périodiques de secousses;

dans d'autres cas, ces secousses seront plus espacées mais incessantes. Point n'est besoin de dire que ses caractères varient beaucoup avec les malades, Nous verrons en étudiant le diagnostic comment la distinguer des autres toux.

Nous avons vu, en étudiant le symptôme : douleur, qu'il existe des points douloureux à distance ou réflexes. La douleur au point sacro-coccygien doit nous arrêter un instant. Elle a été décrite sous le nom de coccygodynie d'abord par Simpson, puis par Scanzoni. Ainsi que le nom le dit, la douleur siège au niveau du coccyx ; c'est une douleur tantôt très aiguë et très pénible, tantôt sourde et obtuse avec des exacerbations. Ces exacerbations sont rarement spontanées, elles sont le plus souvent dues à une irritation des nerfs coccygiens sur un point de leur parcours, comme cela peut arriver quand on se lève ou on s'assied subitement, quand on va à la selle. Scanzoni cite un cas où la douleur devenait tellement vive toutes les fois que la malade se livrait au coït qu'elle s'est vue forcée de s'en priver complètement pendant toute une année.

Plusieurs malades ne peuvent rester assises qu'à la condition de s'appuyer sur un seul côté c'est-à-dire de faire porter tout le poids du corps sur un seul ischion. D'autres sentent le plus vivement leur douleur pendant la marche.

Presque constamment la région coccygienne est sensible à la pression extérieure. Dans beaucoup de cas l'examen provoque, par la pression de la face postérieure du coccyx et des dernières vertèbres du sacrum, une exacerbation assez violente des douleurs, tandis que l'attouchement de

la face antérieure de cet os par le vagin ou par le rectum est généralement mieux supporté. Mais on détermine toujours la plus vive douleur en essayant de déplacer le coccyx par une pression un peu forte et d'ordinaire les malades sautent vivement, poussent des cris et se plaignent pendant longtemps encore de la vivacité de la douleur.

Chez certaines malades ce symptôme est dominant et précoce, il est plus accentué au moment des règles. Chez d'autres malades il est moins accusé et souvent les malades ne s'en plaignent pas, soit par pudeur, soit parce qu'elles ne croient pas que ce symptôme soit en relation avec la lésion utérine.

On constate souvent, lors de la métrite, un prurit consistant dans une hyperesthésie des nerfs du vagin et de la vulve. Les malades en souffrent d'une façon continue ou intermittente; comme, par exemple, pendant la nuit à la chaleur du lit, peu de temps avant ou après la menstruation, ou bien encore à certaines heures du jour, avec des rémissions et des exacerbations. Dans un faible degré de la maladie on ne découvre aucun changement notable à l'examen des parties génitales, à l'exception d'une légère hyperhémie de l'entrée du vagin. Mais quand le mal est plus fort, et qu'il oblige les malades à se gratter, à se frotter, on trouve d'ordinaire les lèvres gonflées et proéminentes, leur surface d'une rougeur erythémateuse et quelques follicules pileux gonflés et saillants. L'entrée du vagin est d'une sensibilité extrême, d'une rougeur écarlate ou livide : l'épithélium se détache par place et quelques follicules

muqueux atteignent le volume d'une lentille ou d'un pois et sont gonflés d'une sérosité claire ou puriforme. On observe surtout ces derniers à la face interne des petites lèvres et dans le voisinage du clitoris.

Cette évidente hyperhémie des parties génitales se traduit par une sécrétion abondante franchement acide et âcre, cette âcreté augmente encore la douleur des malades et les porte presque invinciblement à la pratique de la masturbation. On a observé des cas où le prurit de la vulve devient la cause de psychopathies tenaces, qui d'ordinaire se sont manifestées par l'hypocondrie. Tout médecin qui a observé des femmes atteintes de prurit des parties génitales ne saurait douter de son influence perturbatrice sur le système nerveux : influence qui amène parfois tout le cortège des symptômes de l'hystérie.

Mais cette hyperesthésie se montre souvent sous une autre forme. Sans d'ailleurs faire souffrir beaucoup la malade, l'entrée du vagin présente une telle sensibilité que l'acte du coït occasionne de violentes douleurs et, par là même, devient impossible. C'est ce qu'on observe surtout quand, à la suite de douleurs intenses il se produit une contraction spasmodique de l'entrée du vagin, au niveau de son muscle constricteur. Il y a en un mot du vaginisme. Scanzoni cite une femme de 24 ans que la douleur empêcha pendant les cinq années qui survirent son mariage, d'accomplir une seule fois, complètement, l'acte du coït.

En opposition à ces hyperesthésies dont nous venons de parler, on peut trouver une anesthésie complète des parties

génitales. Les femmes se plaignent de l'absence absolue de sensations voluptueuses et de plaisir pendant les rapprochements sexuels, en outre ces femmes sont souvent anémiques ou stériles.

Depuis longtemps les cliniciens avaient remarqué que les affections utérines s'accompagnaient de poussées d'éruptions cutanées. On remarque souvent des taches plus ou moins grandes, de couleur plus ou moins rouges qui sont surtout placées sur les côtés du cou, sur la poitrine et sur la figure; elles augmentent à la suite d'une émotion morale un peu vive ou d'une excitation des organes génitaux. Parfois simplement après le toucher vaginal ou une application de speculum. Ces taches apparaissent subitement et disparaissent après quelques minutes. Certaines femmes ne présentent ces phénomènes qu'au moment de leurs règles. D'autres malades atteintes de métrite auront des éruptions d'urticaire, ces poussées s'accompagnent de phénomènes plus marqués que dans les cas précédents, ils ne sont pas sans analogie avec les phénomènes qui se manifestent lors d'une infection légère.

Parmi les manifestations chroniques du côté de la peau il faut citer l'acné et l'eczéma; on a pu observer aussi la chute des cheveux.

Nous ne saurions passer sous silence un phénomène des plus curieux qui se produit parfois chez les vierges atteintes de métrite, c'est le gonflement douloureux des seins; on cite même des cas où, par la pression, on a pu faire sourdre du colostrum.

Il nous reste à dire quelques mots du facies utérin qui, depuis fort longtemps a été remarqué par les praticiens. Ce facies a quelque chose de particulier qui le fait distinguer de celui de la chlorotique et cependant il est assez difficile à décrire car il présente de nombreuses modalités. Ce qui frappe d'abord les yeux c'est la coloration pâle, terreuse, quelquefois un peu brun jaunâtre de la peau du visage. Cette peau n'est pas fine et tendue comme chez les chlorotiques, elle est flétrie ou ridée, aussi les utérines ont elles toujours l'air plus âgées qu'elles ne sont en réalité. La physionomie a quelque chose de maladif, de douloureux, le regard est généralement très brillant, les yeux sont cernés et les paupières bistrées. On remarque très souvent et surtout sur le front, les joues et le menton, des taches brunâtres connues sous le nom de lentigo et de chloasma utérinum.

L'ensemble de ces signes fonctionnels constituera le syndrome utérin; syndrome qu'on peut rencontrer dans d'autres affections utérines, mais nulle part aussi complet et aussi manifeste que dans la métrite.

## § 2. *Symptômes physiques.*

Nous avons jusqu'ici étudié les signes fonctionnels : c'est la malade, qui par ses réponses, les a révélés au chirurgien. Celui-ci doit, désormais, prendre un rôle plus actif et procéder à l'examen des signes physiques. Pour cet

examen quatre modes d'investigation se présentent à lui :  
1° la palpation abdominale; 2° le toucher; 3° le speculum;  
4° le cathéterisme utérin.

La palpation abdominale ne donne pas à elle seule de grands renseignements dans la métrite; tout au plus permet-elle de percevoir la douleur et l'augmentation de volume de l'utérus; par elle aussi on pourra faire un diagnostic par élimination, c'est pourquoi on ne devra pas négliger de la pratiquer. La palpation abdominale peut être pratiquée dans la position debout ou dans la position couchée. Si la malade est debout, on place la main à plat sur l'abdomen en partant de l'ombilic pour redescendre vers le pubis. La main pourra ainsi constater l'état des parois abdominales, percevoir la différence de température qui est généralement plus élevée au niveau de l'utérus surtout dans la métrite aiguë : on trouvera également les points douloureux. Si on pratique la palpation sur une femme couchée, il faudra lui recommander de fléchir les cuisses et de bien ouvrir la bouche pour mettre les muscles abdominaux dans l'état de relâchement le plus complet possible. Mais encore une fois, dans le cas de métrite simple, la palpation abdominale n'est pas d'un grand secours et nous avons hâte d'en arriver au toucher.

Tout d'abord il faut, dans l'étude du toucher, établir une grande distinction; nous aurons, en effet, à parler du toucher vaginal et du toucher rectal.

Il faudrait n'avoir jamais fait d'examen gynécologique pour ignorer quelles ressources procure le toucher

vaginal. Mais ici se pose une grosse question : doit-on pratiquer le toucher vaginal chez les vierges et comment doit-on le pratiquer.

Dans la dernière édition de son traité des maladies des femmes, Fritsch donne, à cet égard, des préceptes qui nous semblent de tous points satisfaisants. Il s'agit il est vrai, dans le passage auquel nous faisons allusion, non pas du toucher mais du traitement local, au fond la question est la même. Le gynécologiste allemand fait remarquer qu'autant un traitement local ou un examen sera utile lorsqu'on peut le pratiquer facilement et entièrement, autant il deviendra illusoire si on ne peut agir que d'une façon incomplète ; gêné qu'on est par mille et un empêchements. En admettant que la jeune fille ait consenti à se soumettre à un examen, sa pudeur pourra être alarmée par le toucher qui lui causera une émotion si pénible qu'on l'a vue parfois aller jusqu'à la syncope. De plus il en résultera, pour la malade, une invincible appréhension toutes les fois qu'il faudra consulter le chirurgien.

D'autres fois, au contraire, dit Fritsch, le contact du doigt du chirurgien procure à la malade des sensations qu'elle cherche à retrouver elle-même plus tard, d'où il pourra résulter des psychopathies rebelles à tout traitement. Qu'on nous permette enfin de citer intégralement cette conclusion du chirurgien allemand. « *Stösst also die Localbehandlung auf grosse Schwierigkeiten, so würde die Ueberwindung der Schwierigkeiten vielleicht grossere Gefahren bedingen, als die Krankheit selbst. Es ist deshalb*

*oft nöthig zu individualisiren, damit man nicht mehr schadet als nützt. »*

Pour nous, voici la ligne de conduite qui nous semble préférable et que, par conséquent, nous adoptons. Ne pratiquer le toucher chez les jeunes vierges que lorsqu'il est absolument indispensable et lorsque la disposition de l'hymen permet de le pratiquer sans amener la défloration. Nous disons à dessein chez les jeunes vierges, car il est bien clair que chez les malades d'un certain âge la défloration n'a pas les mêmes inconvénients.

Lorsqu'on est décidé à pratiquer le toucher vaginal chez une vierge voici comment on doit procéder. Et d'abord il ne faut pas croire que la chose soit extrêmement difficile; c'est une question de dextérité et de douceur. La malade est debout, le corps légèrement penché en avant; on pourra, par exemple lui faire appuyer les mains sur le dossier d'une chaise. L'attitude verticale a pour but, en faisant descendre l'utérus, de diminuer d'autant l'étendue du trajet que le doigt aura à parcourir pour atteindre le col. Les cuisses seront le plus rapprochées possible de façon à éviter de tendre l'hymen. Le chirurgien mettant un genou en terre passera sous les vêtements la main exploratrice, en évitant leur contact car, il est bien entendu, que la main sera aseptisée et l'index sera recouvert d'un corps gras antiseptique, de la vaseline salolée, par exemple. Le dos de la main suivra la partie interne de la cuisse et le doigt devra chercher à atteindre du premier coup la fourchette: les tâtonnements doivent être évités autant que possible, en

tous cas le doigt devra se porter surtout en arrière pour éviter de frôler le clitoris et d'éveiller ainsi la sensibilité spéciale de cet organe, ce que le chirurgien doit éviter à tout prix.

Généralement le contact du doigt sur la fourchette détermine une contraction spasmodique du constricteur de la vulve, qui ferme l'entrée du vagin; il suffira de maintenir le doigt en contact pendant quelques instants, le spasme disparaît et en pénétrant avec douceur dans le vagin on parvient à toucher le col.

Chez les nullipares la chose est évidemment beaucoup plus simple, on pourra pratiquer le toucher vaginal sur la femme debout, principalement si la paroi abdominale est surchargée de graisse, toujours dans le but de rapprocher le col utérin de l'orifice vulvaire. Dans la majorité des cas il est bien préférable de toucher la femme alors qu'elle est dans le decubitus dorsal. Il est absolument inutile de décrire ici la pratique du toucher vaginal dans ces conditions. La position latérale n'est pas usitée en France.

Le toucher vaginal permet de se rendre compte d'abord de l'état de la vulve et du vagin. Les parois vaginales sont généralement chaudes et sèches, à moins que l'écoulement ne soit abondant. Le contact du doigt même graissé, sur la paroi vaginale peut être très douloureux et déterminer des spasmes du constricteur du vagin. Nous nous rappelons avoir eu à examiner, à l'hôpital Cochin, une jeune malade de 16 ans, qui, à son premier coït, avait contracté une métrite blennorrhagique avec vaginite extrêmement vio-

lente. Nous pûmes facilement introduire l'index gauche dans le vagin où nous constatâmes une superbe vaginite granuleuse ; mais à peine le doigt avait-il atteint le col qu'il se produisit une violente contraction des fibres supérieurs du muscle élévateur de l'anus formant une bride fortement tendue qui passait derrière la phalangine. Nous pûmes ainsi constater le phénomène non pas du pénis, mais de l'index, captivus. Cette pression du doigt augmentait les douleurs de la malade et ne voulant pas le retirer violemment, nous dûmes attendre que le spasme disparut de lui-même.

L'orifice du col est, en général, peu modifié chez les vierges, son ouverture peut se rétrécir mais le degré est assez difficile à apprécier, tout ce qu'on peut constater c'est une tuméfaction du col qui, de plus, est parfois hypertrophié, allongé et effilé, simulant un pénis de chien. En cherchant à ébranler le col on provoque de la douleur ; cette douleur sera portée au maximum si, joignant au toucher la palpation abdominale, on saisit l'utérus entre les deux mains et on lui imprime des mouvements en tous sens, les mouvements sont moins douloureux chez la vierge que chez la nullipare dont les ligaments ont été tirillés. Il faut se rappeler d'autre part que l'utérus de la vierge peut être quelquefois douloureux au toucher même à l'état normal, n'ayant pas subi les mêmes traumatismes que l'utérus de la nullipare qui s'est livrée à des rapports plus ou moins répétés.

Chez la nullipare le col est tuméfié, mou et chaud ; le

doigt peut y laisser une légère empreinte. Dans certains cas il prendra une forme conoïde à base tournée vers le vagin. L'orifice externe est souvent entr'ouvert et admet parfois l'extrémité du doigt qui sentira souvent de petits kystes muqueux donnant la sensation du velours ; mais on ne trouve pas cet ectropion si prononcé, ces lèvres en rebord de pot de chambre caractéristiques chez les nullipares. On pourra, si le doigt est exercé, sentir des ulcérations situées sur les parties externes du col. Il faudra, enfin, explorer attentivement les culs-de-sac.

Scanzoni, dans le but d'éviter le toucher vaginal chez les vierges, a proposé de lui substituer le toucher rectal. Certes on se met ainsi à l'abri de la défloration, mais, à part cela le toucher rectal nous semble avoir tous les inconvénients du toucher vaginal sans en avoir les avantages. Aussi n'insisterons-nous pas sur cette question. Ce n'est que dans le cas où on aura à trancher une question de diagnostic délicat qu'il sera besoin d'y recourir. Pour explorer complètement la face postérieure de l'utérus il faut introduire le doigt très profondément et cet examen, surtout s'il est prolongé, est beaucoup plus pénible aux malades que le toucher vaginal. Nous estimons donc qu'on doit réserver le toucher rectal pour les cas exceptionnels.

On devra procéder ensuite à l'examen à l'aide du speculum qui confirmera ou, au besoin, redressera les notions fournies par le toucher vaginal. Quant à l'application du speculum chez les vierges nous ne saurions que répéter ce

que nous avons dit à propos du toucher. Il est bien évident que si le chirurgien évite d'introduire le doigt dans le vagin d'une vierge à plus forte raison évitera-t-il d'y introduire le speculum. Il est bien connu qu'il y a des hymens complaisants qui subsistent après des coïts répétés, mais au moment où on introduit le spéculum il est difficile de prévoir le résultat. On a construit des speculums dits : speculums de vierges. Mais de deux choses l'une : ou ils sont trop petits et alors on ne voit rien, ou ils sont trop grands et ils déflorent.

Chez la nullipare l'examen au speculum ne devra jamais être négligé. Il permettra d'abord de se rendre compte de visu de l'état de la vulve, on pourra également examiner, de la sorte, l'état des parois vaginales. Enfin le col de l'utérus se présentera sous bien des aspects divers. Le plus souvent il est rouge violacé, œdématié, d'autres fois cependant il est pâle et livide. Les lèvres sont plus ou moins entr'ouvertes et laissent sourdre un écoulement d'aspect variable. L'orifice utérin est entouré d'une auréole rouge vif qui n'est autre que la muqueuse enflammée en ectropion ; cette teinte rouge va en décroissant et parfois des plaques livides se montrent sur un fond rouge donnant au col un aspect marbré. Souvent le col est baigné de muco-pus qu'on enlèvera avec un tampon pour voir s'il n'y a pas d'ulcération. Celles-ci se présentent sous une forme plus ou moins circulaire. Dans certains cas on verra de petits kystes muqueux, sortant par l'orifice faire hernie dans le vagin ; nous nous contentons de les signaler

ici car nous aurons à y revenir en étudiant l'anatomie pathologique.

Dans certains cas on peut voir sur le col des petites tumeurs saillantes, sessiles ou pédiculées, à contenu transparent, ayant l'air de grains de riz crus. Ces petites tumeurs dont la dimension varie d'une tête d'épingle à une petite noisette, couvrent quelquefois toute la muqueuse. Leur contenu peut être transparent, incolore, jaune ou brun ; parfois elles ont un aspect rougeâtre qui les fait ressembler à des grains de groseille. A côté de ces granulations et souvent en même temps qu'elles se trouvent de petites taches jaunes saillantes arrondies, souvent entourées d'une auréole plus ou moins foncée ; elles sont disséminées ou réunies en groupes.

Il sera bon de se servir pour cet examen d'un speculum à valves car, dans le cas où l'écoulement serait peu considérable, on pourra laisser les vulves se rapprocher et retirer un peu le speculum de façon à traire, en quelque sorte, le museau de tanche pour en faire sourdre le liquide secreté. On notera alors sa consistance, sa couleur, son odeur etc., nous n'insisterons pas croyant nous être suffisamment étendus sur ce sujet en étudiant la leucorrhée.

Il reste un dernier mode d'exploration : le cathétérisme utérin. Il se pratique à l'aide d'une tige graduée en centimètres que, d'après sa destination, on désigne sous le nom d'hystéromètre. Peu importe la substance dont est fait l'instrument, cependant les tiges rigides, tout en étant assez malléables pour que le doigt puisse modifier la cour-

bure, nous semblent préférables aux tiges molles qui peuvent se replier dans la cavité utérine et donner une mesure fausse. L'extrémité devra être suffisamment mousse pour ne pas risquer de perforer les parois utérines. La condition essentielle est que l'hystéromètre soit parfaitement aseptique ; aussi l'instrument le plus simple est-il le meilleur. Le curseur est, la plupart du temps, inutile, nous allons voir par quelle petite manœuvre très simple on peut le remplacer.

Il vaut mieux, autant que possible, pratiquer le cathétérisme quand le speculum est appliqué, mais dans le cas où, pour une raison ou pour une autre, cette application n'aurait pas été faite on peut néanmoins se servir de la sonde utérine. Voici comment on devra procéder dans ce cas :

Après avoir reconnu par la palpation bi-manuelle si l'utérus est dans sa situation normale et s'il n'a pas subi de déformation, on placera l'index gauche sur l'orifice du col, puis sur ce doigt servant de guide, on fait glisser avec la main droite l'hystéromètre jusqu'à l'orifice externe du col.

Si le speculum a été appliqué on a l'orifice devant les yeux et la chose est beaucoup plus simple. Le passage de l'hystéromètre à travers l'orifice externe est, parfois, pénible, mais on éprouvera presque toujours une résistance absolue à pénétrer dans l'orifice interne. Il ne faut jamais forcer ; ce n'est qu'un spasme et en maintenant l'extrémité de cet hystéromètre contre l'orifice externe on le sentira

bientôt s'entrouvrir et l'instrument pénétrera de lui-même. Lorsqu'il y a ni déviation ni flexion on atteindra facilement le fond de l'utérus. Il arrive parfois que, dans la métrite cervicale, la cavité du col est agrandie et que l'hystéromètre venant butter contre l'orifice interne on croit toucher le fond de la cavité utérine. Il suffit de se rappeler de cette circonstance pour éviter l'erreur. Pour retirer l'hystéromètre on va le saisir avec une pince longue au ras du museau de tanche, puis on n'a plus qu'à lire à quel degré de la graduation correspond l'extrémité de la pince pour avoir la mesure de la cavité utérine. Cette dimension est généralement augmentée, elle peut atteindre 75 à 80 millimètres et plus. Souvent l'orifice externe est assez rétréci pour rendre l'introduction très pénible et d'autant plus douloureuse que la muqueuse est enflammée.

Lorsque l'utérus n'est pas dans sa situation normale on pourra essayer de l'y amener par des artifices de position : la position genu-pectorale par exemple, dans les cas de rétroversion. Mais lorsque il y a flexion anormale il faut agir avec les plus grands ménagements se rappelant que les parois utérines sont ramollies, surtout dans la métrite aiguë, et se laissent perforer avec la plus grande facilité.

Avant de pratiquer le cathétérisme utérin il faut être absolument sûr qu'il n'existe aucun signe de grossesse et, étant donné que l'hystéromètre est loin d'être indispensable pour le diagnostic de la métrite, il vaut mieux, lorsqu'on a des doutes, laisser de côté ce mode d'exploration que s'exposer aux plus graves mécomptes. Nous estimons qu'à

moins d'être absolument certain de la bonne foi de la malade il vaut mieux être sceptique et douter des allégations d'une malade qui a souvent tout intérêt à provoquer les accidents auxquels nous faisons allusion. Il nous est arrivé plusieurs fois, à l'hôpital, d'obtenir de malades l'avœu qu'elles étaient venues se faire examiner dans ce but. On ne saurait donc être trop réservé à cet égard.

## CHAPITRE II

---

### **Anatomie Pathologique**

Comme nous envisageons, dans cette étude, les métrites uniquement chez les vierges et chez les nullipares, nous ne nous occuperons, dans ce chapitre, que de la forme qu'on rencontre le plus fréquemment chez cette catégorie de malades, c'est-à-dire l'endométrite cervicale glandulaire chronique avec les érosions, les ulcérations qui l'accompagnent ordinairement. Nous aurons quelques mots à dire sur l'endométrite gonococique et sur la métrite hémorragique qui accompagne parfois l'établissement des règles. Il est évident qu'on peut rencontrer chez ces malades bien d'autres formes de métrite, mais leur étude nous entraînerait hors de notre sujet.

Avant de parler de l'endométrite cervicale glandulaire chronique nous croyons devoir dire quelques mots de la métrite aiguë.

La métrite aiguë est relativement rare, elle ne se produit généralement qu'à la suite d'une infection par des

produits très virulents, lorsque la muqueuse a été contaminée par du pus d'une blennorrhagie aiguë par exemple. Dans ces métrites aiguës, bien qu'étant toujours épais et visqueux le liquide sécrété est généralement plus opaque et d'une couleur jaune verdâtre due à la présence de globules de pus. Les lésions de la muqueuse sont celles de toute inflammation aiguë : prolifération des cellules, chute de l'épithélium, congestion intense des capillaires, diapédèse des globules blancs dans le derme muqueux. L'issue de ces éléments dans le mucus serait ce qui contribue à le rendre plus trouble et d'une consistance plus épaisse.

On sait que la muqueuse du col utérin se distingue de celle du corps par plusieurs points : son épaisseur moins considérable, les glandes en grappe qu'elle contient et les saillies de l'arbre de vie qu'elle présente. La présence et la dimension des glandes de cette partie de la muqueuse explique facilement pourquoi l'inflammation de cette région revêt le type glandulaire hypertrophique.

Dans l'endométrite cervicale glandulaire chronique la muqueuse est rouge, vernissée, présentant de petites saillies qui lui donnent l'aspect velouté ; on voit serpenter à la surface des vaisseaux veineux gorgés de sang, on peut aussi y distinguer les orifices des glandes. Ruge et Velt décrivent deux formes d'endométrite glandulaire chronique : une forme hypertrophique et une forme hyperplasique. Dans le premier cas il y a simplement prolifération des cellules épithéliales et des glandes ; cette prolifération peut être plus accentuée sur certains points de la glande que sur

d'autres. Si elle se produit en longueur la glande prendra la forme dentelée, si, au contraire, elle se produit en largeur, la glande prendra de l'analogie avec un tire-bouchon. Dans la forme hyperplasique le nombre des glandes est augmenté. Au reste ces deux formes sont souvent combinées.

Les lésions ne restent pas ordinairement limitées aux culs de sac glandulaires, le tissu interglandulaire est pris également, ce qui contribue à expliquer l'augmentation de volume du col. Nous disons : contribue, car comme nous l'allons voir, il faut ajouter à cette cause : la rétention du mucus et la dilatation des glandes.

Généralement l'épithélium superficiel de la muqueuse conserve ses caractères.

Très souvent le col présente des érosions ou plutôt des ulcérations ; elles sont recouvertes de granulations. C'est à Ruge et Veit que revient le mérite d'avoir montré la preuve d'un épithélium cylindrique sur ces parties rouge vif. Les ulcérations qu'on rencontre chez les nullipares sont disposées autour de l'orifice utérin : soit en plaques adhérentes à la muqueuse cervicale, soit en petits groupes isolés. On voit souvent une partie rouge plus ou moins grande s'étendant sur une surface mal limitée sur l'une ou sur les deux lèvres du col. On constate clairement que cette partie a un revêtement épithélial différent de celui qui existe à l'état normal ; souvent cette surface paraît granuleuse, on dit alors que ce sont des ulcérations granuleuses ou papillomateuses ; si les papilles sont très saillantes on les appelle

ulcérations condylomateuses ou en crête de coq. On les appelle ulcérations folliculaires, si elles contiennent des follicules, des œufs de Naboth ou des kystes à contenu muqueux. On les appelle, enfin, ulcérations variqueuses si on y rencontre des veines ectasiées.

Sur certaines ulcérations l'épithélium a disparu tandis que d'autres sont recouvertes d'un épithélium à cellules cylindriques.

Il est bien constaté que la limite entre l'épithélium cylindrique de la cavité utérine et l'épithélium pavimenteux du col présente de nombreuses différences individuelles. On peut trouver dans la cavité utérine un épithélium pavimenteux atypique et sur le col un épithélium cylindrique pathologique.

Il n'est pas rare d'observer l'oblitération d'une partie de la glande ou de la glande toute entière. L'épaississement de la sécrétion, la compression du canal excréteur par le tissu peri-glandulaire altéré et par les glandes voisines dilatées, la prolifération des canaux excréteurs des glandes empêchent l'issue des produits sécrétés. Or si la glande ne peut pas excréter ses produits de sécrétion il en résulte un kyste par rétention qu'on appelle œuf de Naboth. Si la résistance vient à faiblir du côté de la surface les kystes apparaîtront et viendront faire saillie au dehors. La muqueuse devient brillante par suite de sa minceur. La dimension des œufs de Naboth varie de un à dix millimètres et plus. Les gros sont plus rares que les petits ; ils sont en plus ou moins grand nombre ; ils sont parfois en telle quantité que le col prend un aspect framboisé.

Si le tissu est très résistant et si les glandes se compriment les unes les autres, les kystes peuvent faire issue hors du parenchyme et, sortant par l'orifice externe, être appendus au col comme de petits polypes. Le polype peut être sessile et adhérer au col mais, peu à peu, il se forme un long pédicule. Plusieurs parties des glandes peuvent, une fois délivrées de la compression des tissus voisins, faire saillies dans le vagin. Si le polype s'accroît en dehors de la cavité cervicale, il se recouvre d'épithélium cylindrique, toutefois l'épithélium pavimenteux peut remplacer l'épithélium cylindrique si la partie qui proémine dans le vagin est très considérable.

Il y a une hyperhémie considérable des glandes qui sont sous l'épithélium des parties extérieures du col et si les glandes augmentent de volume et s'ajoutent aux glandes déjà nombreuses à l'état normal il devient difficile de les distinguer. Dans certains cas il y a une telle hyperplasie des glandes que le col semble être constitué par une collection de petits kystes. Le col est transformé en une tumeur caverneuse. Le tissu conjonctif est entièrement supprimé et, par une incision, on fait sortir une foule de petits kystes par rétention remplis de mucus.

Les kystes ne se trouvent pas toujours immédiatement sous la muqueuse et souvent, en faisant des scarifications ou des amputations du col on peut trouver des œufs de Naboth situés dans la profondeur.

Si le processus hyperplasique est peu actif, la muqueuse est simplement éversée mais la prolifération peut atteindre

un degré monstrueux et les acini deviennent des cavités pouvant admettre l'extrémité du doigt ; ils sont remplis d'un mucus épais. La partie hypertrophiée déforme complètement le museau de tanche. Fritsch a vu dans un cas, les lèvres du col aussi grosses que les grandes lèvres de la vulve. Le plus souvent il n'y a qu'une seule lèvre du col qui soit atteinte.

La métrite blennorrhagique n'offre pas de lésions absolument caractéristiques ; sa spécificité est plutôt constituée par la nature de l'élément pathogène que par le caractère des lésions.

La richesse glandulaire du col explique la fréquence et la tenacité de l'affection dans cette partie de la muqueuse utérine. Les lésions sont surtout caractérisées par l'exagération des caractères normaux. Les inégalités, les villosités de la muqueuse sont arrivées à leur maximum ; les anfractuosités de l'arbre de vie sont beaucoup plus profondes qu'à l'ordinaire, les cavités glandulaires ont des dimensions exagérées enfin la sécrétion du mucus est extrêmement augmentée (Cornil). Les glandes sont augmentées de volume et pénètrent dans les interstices des fibres musculaires de la couche sous-jacente. Elles contiennent un muco-pus plus ou moins épais suivant la prédominance de l'un ou l'autre élément.

On distingue deux formes principales de métrite blennorrhagique : la métrite fongueuse caractérisée par des fongosités et des végétations qui la font rentrer dans la catégorie de celle que nous venons de décrire et une forme

scléreuse. Dans ce cas la muqueuse est indurée, plus résistante qu'à l'état normal et la cavité cervicale peut être rétrécie. La muqueuse lisse sur presque toute son étendue est très diminuée d'épaisseur et très adhérente. Généralement le tissu conjonctif finit par être pris lui-même et il en résulte une véritable métrite parenchymateuse.

Dans les métrites hémorrhagiques qui se produisent chez les vierges au moment de l'établissement des règles, la muqueuse subit de profondes altérations ; elle devient végétante, fongueuse, polypeuse et les polypes muqueux peuvent donner lieu à de violentes hémorrhagies.

Nous laissons systématiquement de côté toutes les autres formes de métrites, renvoyant pour plus de détails aux remarquables leçons faites à l'Hôtel-Dieu en 1888, par le professeur Cornil : leçons qui ont été publiées dans le *Journal des connaissances médicales* de la même année.

Il nous reste à dire un mot de l'état de la muqueuse dans les métrites consécutives à l'irritation de la muqueuse provoquée par différentes causes telles que : vice de conformation de l'utérus, présence de tumeurs, fibromes, par exemple, qu'on peut très bien rencontrer chez les vierges, les tumeurs de voisinage, enfin la coprostase ou la dilatation prolongée de la vessie. Le caractère distinctif de ces métrites consiste dans l'hypersécrétion des glandes de la muqueuse produite par une exagération d'activité des cellules des glandes d'où : gonflement de la muqueuse. Nous avons vu que ce gonflement augmente l'étroitesse du col

déjà assez prononcée chez les vierges ; il en résultera une rétention de mucus qui causera des coliques expulsives comme lorsqu'il s'agit d'un corps étranger.

---

### CHAPITRE III

---

#### **Bactériologie**

En 1888, Winter publia un travail sur les microorganismes des organes génitaux de la femme saine et, de ses recherches qui ont porté sur quarante vagins et autant de cols, il résulte que dans le vagin et la cavité cervicale il y a, à l'état normal, un nombre considérable de microorganismes tandis que, dans les mêmes conditions, la cavité du corps de l'utérus est absolument aseptique.

Quatre ans plus tard Doederlein essaya de distinguer nettement la sécrétion vaginale normale de la sécrétion vaginale pathologique. Il a démontré la présence dans la sécrétion vaginale normale d'un bacille spécial qui s'y montre presque à l'exclusion de tout autre microbe et voici comment il le décrit : le bacille ne pousse qu'en présence de sucre (1 p. 100) et de glycérine (3 p. 100). Les colonies se présentent sous un aspect ponctiforme ; le bacille est immobile, il ne se développe pas au-dessous de 27° ; la température la plus favorable à son développement est

celle de 37°. Il résiste mal à la dessiccation et semble plutôt anaréobie, son développement est ralenti en présence de l'oxygène. Ses cultures donnent lieu à la production d'acide lactique qui dans les cultures âgées dépasse même la proportion de 1,125 p. 100.

D'autres recherches ont montré que ce bacille était loin d'exister seul à l'état normal, déjà Winter avait trouvé vingt-sept espèces différentes de micro-organismes et il a donné une table avec les caractères pour les reconnaître les uns des autres. Parmi ceux-ci se trouvent le staphylococcus pyogenes albus, l'aureus, le citreus, la sarcine blanche, un streptocoque. Dans plus de la moitié des cas il a rencontré le staphylococcus albus, mais parmi ces espèces différentes il en a trouvé trois qu'il n'a pu identifier avec aucune des espèces connues.

Sur vingt-cinq femmes saines, Maslowski en a trouvé douze dont les sécrétions vaginales contenaient des microbes pathogènes : le staphylococcus albus dans huit cas ; le staphylococcus citreus dans trois cas ; le streptococcus pyogenes dans un cas et le bacillus pyogenes foetidus dans trois cas. Bumm est arrivé aux mêmes conclusions.

On peut donc dire que la présence de nombreux micro-organismes, dont plusieurs pathogènes, dans la sécrétion normale du vagin, n'est pas contestable.

Mais la note change quand il s'agit de l'utérus. Cependant, là encore : les avis sont unanimes à reconnaître que la cavité du corps de l'utérus ne contient pas de microorganismes à l'état normal ; c'est à propos de la cavité cé-

vicale que naissent les dissidences. Pour certains auteurs tels que Ott, Döderlein, qui ont étudié la question chacun de leur côté, cette cavité ne renfermerait pas de microorganismes. Pour d'autres, au contraire, tels que Winter, Thomen, Otto Küstner, elle serait aussi riche au point de vue microbien que le vagin lui-même.

Dans des travaux récents, Stroganoff vient de trancher définitivement cette question; il en résulte que Ott, Döderlein, sont du côté de la vérité; les autres auteurs n'ont probablement pas employé, dans leurs expériences, les précautions aseptiques que nous indiquerons plus loin.

Il est actuellement admis que si on trouve à l'état normal, de nombreux micro-organismes dans les organes génitaux de la femme jusqu'à l'orifice externe du col; il ne s'en trouve pas au delà de cet orifice.

Les expérimentateurs se sont surtout occupés des microbes pathogènes et, jusqu'à Stroganoff on s'était peu occupé de l'action des autres micro-organismes. Cet auteur a étudié, au point de vue bactériologique, le vagin des filles nouveau-nées, le vagin et le col des femmes adultes pendant la menstruation et pendant la grossesse et enfin les mêmes organes chez les femmes après la ménopause. L'auteur s'est entouré dans ses recherches d'un tel luxe de précautions et a procédé avec une telle rigueur scientifique qu'on peut dire que ses résultats sont à l'abri de toute critique. Toutes ses expériences l'ont amené à peu près aux mêmes résultats. Il a constaté dans le vagin un grand nombre de micro-organismes et une réaction

franchement acide et dans le col de l'utérus, l'absence de microbes et une réaction franchement alcaline.

Il remarqua d'abord que chez les filles nouveau-nées, aussitôt après la naissance la sécrétion du vagin qui est encore stérile, n'est que faiblement acide et que cette acidité va en croissant à mesure que les micro-organismes apparaissent et se développent dans le vagin. Il était donc naturel de penser que c'était à ces micro-organismes mêmes qu'était due l'acidité. Doederlein l'avait déjà démontré. Or, Schlüter avait démontré que tous les milieux acides nuisent au développement du staphylocoque pyogène et qu'ils arrêtent complètement le développement du streptocoque. Stroganoff a inoculé successivement du mucus vaginal et du staphylococcus albus sur de la gélatine et sur de l'agar et il a pu constater un réel antagonisme entre ce microbe et les micro-organismes du mucus vaginal. Ces derniers ralentissent le développement du staphylocoque sur l'agar mais non sur la gélatine qui constitue un milieu très favorable au staphylocoque et défavorable, au contraire, aux microbes du vagin.

Donc l'acidité vaginale n'est pas le seul facteur qui contribue à ralentir le développement du staphylocoque, il est vraisemblable que les micro-organismes du vagin sécrètent des produits qui doivent avoir la même action. Menge n'accorde que peu d'influence à cette acidité.

Stroganoff a, en outre, expérimenté sur des lapines ; après avoir introduit dans le vagin des microbes pathogènes tels que le staphylocoque et le streptocoque pyogène

il constata : 1° que les sécrétions vaginales ne présentaient rien de particulier, ce qui prouvait que les microorganismes n'étaient pas entraînés au dehors ; 2° qu'ils disparaissaient dans l'intérieur du vagin, détruits, par conséquent, par les sécrétions normales de ce canal ; 3° que l'état de santé général n'était pas modifié.

Ces expériences ont été faites sur la femme par Menge. Il a expérimenté avec trois sortes de microbes, vingt-trois femmes ont reçu dans le vagin des cultures pures de bacille pyocyanique ; vingt-sept, des cultures pures de streptocoque et trente des cultures pures de staphylocoque doré. Il a obtenu les mêmes résultats avec les trois variétés de microbes ; au bout d'un temps variant de deux heures et demie à soixante-six heures, le vagin ne renfermait plus aucune des bactéries qu'on y avait introduites.

En somme, il y a dans le vagin, à l'état normal, un ensemble d'éléments concourant à la destruction des microbes pathogènes qui peuvent y être introduits.

Si nous nous sommes un peu arrêtés sur cette question c'est qu'elle nous semble très intéressante et que cette notion de l'auto-asepsie du vagin est indispensable pour expliquer comment il se fait que l'infection des organes génitaux de la femme ne se produit pas plus souvent étant donné le nombre de germes nocifs qui y pénètrent.

Mais si les micro-organismes du vagin contribuent normalement, à détruire les microbes pathogènes, nous allons voir que, dans d'autres cas, au contraire, ils peuvent favoriser leur développement et que l'auto-infection est possible

quand, par suite de diverses causes que nous étudierons au chapitre de l'étiologie, l'organisme ne se trouve plus dans son état normal de résistance; il est vraisemblable que les produits de sécrétion des micro-organismes du vagin sont modifiés.

L'examen bactériologique n'est pas indispensable pour le traitement puisque, les métrites étant toutes infectieuses elles réclament toutes un traitement antiseptique, mais si on tient à avoir un diagnostic précis au point de vue étiologique, ne serait ce que pour répondre aux interrogations de la malade, c'est au microscope qu'il faudra recourir et encore par ce procédé devra-t-on se contenter de distinguer les métrites gonocociques de celles qui ne le sont pas. En effet, comme le fait remarquer M. Pozzi, il n'y a rien de spécifique, si l'on peut ainsi dire, dans l'infection microbienne de l'utérus.

Pour examiner le liquide qui s'écoule de l'utérus, il faudra, comme dans tout examen bactériologique, s'entourer de toutes les précautions aseptiques. A cet effet, on commencera par désinfecter soigneusement le vagin par des lavages antiseptiques répétés en ayant soin de promener la canule dans les culs de sac. Le spéculum ou la valve de Sims aura été stérilisé, puis trempé dans une solution phéniquée jusqu'au moment de l'examen. On pourra, avec les valves du spéculum exprimer le col pour en faire sourdre le mucus dont on prendra une gouttelette à l'extrémité d'une aiguille de platine flambée ou d'une pipette stérilisée.

Deux méthodes principales d'investigation s'offrent au clinicien; l'examen direct après coloration et les cultures. Quant aux inoculations aux animaux ce sont des expériences de contrôle fort utiles, mais qui nous semblent tout à fait hors de propos dans ce cas et qui de plus ne sont pas à la portée de tout praticien ayant à examiner une affection aussi fréquente que la métrite.

Parmi ces méthodes de coloration celle de Gram nous paraît présenter de grands avantages au point de vue du diagnostic rapide, basés sur ce fait, observé par G. Roux, que le gonocoque ne prend pas le Gram.

Sur une lamelle absolument stérile on étale avec le bout de l'aiguille ou de la pipette la gouttelette de mucus recueillie, puis on sèche doucement la lamelle au-dessus d'un bec Bunsen ou d'une lampe à alcool en ayant soin de tourner en haut la face imprégnée. La chaleur ne doit pas dépasser 35° à 40°. Lorsque la lamelle est sèche on la passe deux ou trois fois dans la flamme la face enduite restant tournée en l'air, bien entendu. Après quoi on la dépose sur la surface d'une solution colorante en ayant soin que ce soit la face imprégnée qui soit en contact avec le liquide colorant.

La liqueur colorante de Gram est ainsi composée :

|                                                   |               |
|---------------------------------------------------|---------------|
| Eau d'aniline                                     | 10 cent. cub. |
| Alcool absolu                                     | 1 cent. cub.  |
| Solution alcoolique saturée de violet de gentiane | 1 cent. cub.  |

Pour préparer l'eau d'aniline on remplit jusqu'au quart un flacon de teinte foncée, avec de l'huile d'aniline puis on achève de remplir avec de l'eau distillée. On agite fortement et on laisse reposer. L'huile qui est en excès tombe au fond du flacon et le liquide qui surnage constitue l'eau d'aniline.

On laisse la lamelle pendant cinq minutes environ dans le violet de Gram puis on la porte pendant une à deux minutes dans la solution iodo-iodurée.

Cette solution a la formule suivante :

|                     |         |
|---------------------|---------|
| Iode métallique     | 1 gr.   |
| Iodure de potassium | 2 gr.   |
| Eau distillée       | 300 gr. |

Après quoi : on lave soigneusement, puis on donne une double coloration en trempant la préparation dans une solution hydroalcoolique faible de vésuvine, on déshydrate par l'alcool et on monte la préparation si on veut la conserver.

Les gonocoques apparaissent alors en brun foncé sur un fond brun violet; les autres microbes sont noir violet.

Les gonocoques se colorent rapidement et à froid par les couleurs basiques d'aniline : le bleu de méthylène, (Erlisch) le violet de gentiane (Bumm) la fuschsine; mais les acides et les alcools les décolorent rapidement.

On peut, à l'exemple de Klein, plonger les lamelles, pendant dix minutes, dans une solution concentrée de bleu de méthylène additionnée d'éosine dans la proportion de

0,05 p. 100. Le protoplasme prend une teinte jaune roux tandis que le gonocoque et le noyau sont colorés en bleu.

Enfin si on veut aller très rapidement on portera la lamelle, après l'avoir séchée comme nous avons dit plus haut, dans une solution de violet de méthyle ou de fuschsine, on lavera, puis on séchera de nouveau et on portera directement la préparation sous l'objectif à immersion.

Voyons maintenant comment ces préparations se présentent à l'œil de l'observateur. Les gonocoques apparaissent sous forme de petits grains absolument semblables à des grains de café réunis deux par deux et se regardant par leur face plate ou légèrement concave s'ils sont séparés par un espace clair qui appartiendrait à une capsule enveloppant le diplocoque tout entier. Nous avons rencontré de grandes divergences d'opinion à cet égard. Finger donne comme dimension de l'ensemble 1,25  $\mu$  sur 0,7. Le plus souvent ils sont groupés par amas dans l'intérieur des cellules mais ils ne pénètrent jamais dans les noyaux. Ces noyaux présentent des traces d'altération et même peuvent manquer complètement; il semble que la destruction du noyau corresponde à l'amas des gonocoques. On peut aussi le trouver à l'état libre.

Lorsque ces microbes sont examinés vivants on voit qu'ils sont animés de mouvements variés. Pour étudier ces mouvements il faut examiner la gouttelette de pus en cellule, après avoir écarté le condensateur Abbé et en se servant du miroir concave. On a pu distinguer ainsi trois mouvements, oscillation, translation et rotation.

Nous ne dirons que quelques mots des cultures, la question étant encore très controversée. Finger emploie comme bouillon de l'urine acide stérile additionnée de 1/2 p. 100 de peptone : le gonocoque s'y développe assez bien. Turro a cultivé sur la gélatine acide qui donne des cultures d'une grande vitalité ; il a eu des cultures encore efficacement inoculables après soixante-onze jours, le procédé aurait, de plus, l'avantage de décélérer la blennorrhagie même dans les cas de blennorrhagie les plus anciens. En piqûre on obtient une ligne blanche qui s'étale en bande transversale large d'un centimètre environ ; en plaque, des saillies blanchâtres analogues à des billes de billard. La gélatine n'est pas liquéfiée.

La culture sur gélose a été essayée surtout par Wertheimer, qui mélange une partie de sérum tyndalisé avec deux parties de gélose ordinaire fondue et refroidie au-dessous de 60°, on verse le mélange sur des plaques ou dans des tubes inclinés. Au bout de vingt-quatre heures apparition de saillies ponctiformes et transparentes. Le troisième jour saillies hémisphériques grosses comme la tête d'une épingle, légèrement blanchâtres à leur partie centrale.

Nous passerons rapidement sur les autres microbes qui peuvent être contenus dans le muco-pus des métrites, estimant, comme nous l'avons dit plus haut, que la question importante pour le praticien qui a à examiner une métrite est de savoir si l'écoulement contient des gonocoques ou n'en contient pas.

On peut trouver des staphylocoques dorés et blancs. Le

bacille pyocyanique, le streptocoque, le bacille de Koch. Ce dernier doit nous arrêter un peu car, ainsi que M. Schwartz le faisait remarquer tout dernièrement encore dans son service, certaines tuberculoses de l'utérus au début peuvent être prises pour une endométrite cervicale glandulaire. La présence du bacille de Koch dans l'utérus a été reconnue par le professeur Cornil, puis par Babès, Schuchartz, Krauss, etc. D'après Derville le nombre de bacilles constatés dans le mucus est assez restreint. Cet auteur estime que la rareté des parasites provient plutôt de leur dilution dans les produits de sécrétion que de la nature du terrain peut-être peu favorable à leur multiplication. Il est fort probable que les bacilles sont d'autant plus rares que la lésion est moins avancée. Les bacilles sont libres dans le muco-pus ou inclus dans les leucocytes. La gélose glycinée semble être le meilleur milieu de culture. Quant aux procédés de coloration : ils sont assez nombreux, on n'a que l'embarras du choix.

On a enfin isolé dans le liquide des métrites des bactéries indéterminées et des parasites divers. Péraire a isolé : 1° une bactérie rectiligne et uniforme dans toute son étendue, d'une longueur variable suivant les milieux de culture ; 2° des cocci réunis deux à deux ou formant de courtes chaînettes. Enfin Tullio Rossi Doria a récemment décrit dans l'endométrite chronique des protozoaires elliptiques ou ovoïdes et cinq à huit fois plus grands que les globules sanguins. Ces amibes se trouvaient à l'orifice des glandes.

Une fois les microbes déposés sur la muqueuse ils s'y développent et l'inflammation débute au point inoculé qu'il y ait auto-infection ou hétéro-infection. Ce dernier mode d'infection se produit surtout au moment du coït avec un individu atteint de blennorrhagie chronique, car les douleurs de la blennorrhagie aiguë sont généralement trop vives pour que l'individu qui en est affecté tente de pratiquer le coït. La goutte militaire est lancée dans le col et il en résulte une métrite blennorrhagique sans qu'il y ait pour cela, de vaginite. On peut dire qu'actuellement le revirement d'opinion à cet égard est complet puisque il est démontré que très souvent, non seulement l'endométrite existe seule, mais que certains auteurs affirment même que la vaginite est consécutive à l'endométrite.

Les microbes commencent par proliférer, puis ils s'étendent rapidement entre les cellules épithéliales qui sont détruites, détachées et éliminées avec le muco-pus. Ce processus provoque une vive réaction des vaisseaux sanguins accompagnée de diapédèse des globules blancs avec issue du sérum sanguin. Or on sait que ce sérum est un excellent bouillon de culture. Aussi la colonie de microbes y devient-elle rapidement florissante. Bientôt les microbes pénètrent jusque dans les culs-de-sac les plus reculés des glandes et s'y cantonnent. La profondeur de l'inflammation explique l'effroyable tenacité de la métrite chronique.

Lorsqu'il s'agit de l'endométrite gonococque, le gonocoque subit là, comme dans la blennorrhagie uréthrale chronique une véritable atténuation, mais il n'est pas

détruit et peut reprendre sa virulence à un moment donné. Cette localisation profonde du gonocoque, sa virulence transitoire, expliquent comment une femme peut paraître saine même après un examen minutieux et, cependant, donner une blennorrhagie. C'est là ce qui contribue à perpétuer cette erreur, qu'un homme peut contracter une blennorrhagie dans un coït avec une femme saine.

Quant aux récurrences des métrites produites par des microbes autres que le gonocoque, sont elles dues à de nouvelles infections ou sont elles produites par des alternatives d'atténuation et de virulence de la même colonie microbienne, nous croyons que la question n'est pas définitivement tranchée sur ce point.

---



## CHAPITRE IV

---

### **Etiologie**

Nous venons de voir quels sont les microbes qui infectent la muqueuse utérine dans les cas de métrite; il nous reste à savoir comment ils arrivent au contact de cette muqueuse et quelles sont les circonstances favorables à leur développement.

Certains d'entre eux sont dans le vagin depuis fort longtemps car, si on a pu trouver ce canal aseptique au moment de la naissance, il est reconnu que quelques heures après il renferme déjà des germes. Comment ces germes déposés à l'entrée de la vulve parviennent-ils jusqu'au fond du vagin; est-ce par multiplication de proche en proche, est-ce par leurs mouvements amiboïdes, nous ne le savons pas exactement. Le mécanisme est beaucoup plus facile à comprendre chez les nullipares, car, pendant le coït, la verge peut, soit introduire des micro-organismes qu'elle porte sur elle, soit pousser ceux qui sont à l'entrée de la vulve. Le mécanisme serait de même chez des vierges qui se seraient livrées à la mastur-

bation avec des corps étrangers. Nous reviendrons dans un instant, pour nous y arrêter plus longuement, sur la métrite des nullipares, nous pensons devoir rechercher d'abord les causes de métrite chez les vierges, ces mêmes causes se retrouvant chez les nullipares.

Il est bien établi qu'à l'état sain le vagin renferme de nombreux microbes ; que des modifications viennent accentuer leur virulence ou diminuer la résistance du milieu, ils vont se développer, devenir actifs et voilà la métrite installée. Nombreuses sont les causes qui déterminent ces modifications ; les unes agissent directement sur l'utérus, les autres, sur l'organisme en général.

Parmi les causes agissant directement sur l'utérus, nous citerons d'abord les vices de conformation de cet organe et en particulier, la sténose congénitale du col ; nous disons à dessein : sténose congénitale, car la métrite cervicale, par l'hypertrophie de la muqueuse, produit une sténose qui devient alors un effet et non plus une cause. La sténose empêche la libre issue du mucus utérin qui s'accumule dans la cavité cervicale et devient une source d'irritation de la muqueuse. La flexion agit dans le même sens et aussi probablement parce qu'en comprimant certains vaisseaux utérins elle produit des congestions locales qui modifient l'état de la muqueuse.

Les tumeurs du voisinage agissent de même par irritation mécanique, or ces tumeurs peuvent très bien exister chez les vierges aussi ne devra-t-on jamais négliger de les rechercher lorsqu'on examine une malade qu'on suppose

atteinte de métrite. On comprend, en effet, quelle importance cela aura au point de vue du pronostic et du traitement. Il ne faut pas s'attendre à trouver toujours des tumeurs d'un volume considérable ; les lésions de l'ovaire auront souvent une grande influence sur l'état de la muqueuse utérine sans donner lieu à des néoplasmes volumineux.

C'est comme tumeur du voisinage qu'agit la distension exagérée et surtout prolongée de la vessie et, à ce propos, faisons remarquer combien il est ridicule d'obliger, sous prétexte de convenances, des jeunes filles à rester des heures et des heures sans satisfaire aux exigences de l'organisme. Il faut bien se rappeler, en effet, que si l'on peut, dans une certaine mesure, éluder les lois que la nature a imposées à nos organes, c'est au détriment de ces organes eux-mêmes.

Ce que nous venons de dire de la vessie, nous pouvons le dire du rectum. Il est inouï de voir à quel degré de constipation certaines femmes peuvent arriver et le chirurgien qui est obligé de retirer des scybales avec une curette, en sait quelque chose. On comprend que cette tumeur stercorale aura sur l'utérus la même influence que les néoplasmes des tissus voisins.

La menstruation a une influence considérable sur le développement de la métrite. Nous avons vu dans le premier chapitre, qu'au moment de l'établissement des règles il peut se produire des métrites hémorrhagiques rebelles, il en est de même à l'époque de la ménopause mais ce qui

a une influence peut être plus nocive encore c'est la suppression brusque des règles et nous ne parlons ici qu'au point de vue de la métrite. Cette suppression brusque peut être produite par une vive émotion, par l'immersion des pieds ou des mains dans l'eau froide et, à plus forte raison, par des ablutions vulvaires froides.

Nous arrivons à une des causes les plus fréquentes de métrite chez les vierges, nous dirons même la plus fréquente après la malpropreté, nous voulons parler de la masturbation. Les auteurs d'Outre-Rhin, où ce vice est d'après eux, général, entrent en de grandes considérations sur la manuélistation, le saphisme, etc., etc. Ceci nous semble absolument superflu; ce ne sont, en somme, que des variations sur un même thème. La masturbation agit de deux façons: 1<sup>o</sup> en congestionnant les organes génitaux; 2<sup>o</sup> en débilitant tout l'organisme.

C'est également par une action locale et une influence générale qu'agissent les exercices violents tels que la danse, l'équitation, la bicyclette, etc. Nous n'avons nullement l'intention de dire qu'une jeune fille aura une métrite parce qu'elle a dansé. Mais quand on voit le surmenage effroyable des jeunes mondaines, allant de soirée en soirée, ajoutant à cela l'excitation psychique, et même physique, que provoque la danse, on s'étonne que l'organisme ne soit pas plus déséquilibré et, certes, les microbes ne doivent pas trouver grande résistance. Quant à l'usage de la bicyclette, il nous semble de tous points mauvais chez la jeune fille, car la trépidation perpétuelle ne peut avoir qu'une

influence pernicieuse sur l'état de l'utérus et de plus, de l'aveu même de plusieurs femmes, cette trépidation procure des sensations spéciales qui font que cet instrument trouve beaucoup d'adeptes dans le sexe féminin. Peut-être un usage modéré serait-il favorable en ce qu'il constitue une gymnastique fortifiante, mais il nous semble qu'il y a bien d'autres exercices qui peuvent avoir ses avantages sans avoir ses inconvénients.

Il est clair que le mauvais état général, une hygiène défectueuse, faciliteront l'invasion de la maladie. On sait combien elle est fréquente chez les jeunes parisiennes et nous ne parlons pas ici de la métrite blennorrhagique. Comment pourrait-il en être autrement quand on songe dans quelles conditions elles vivent, passant tout le jour dans un atelier où elles sont entassées ; où l'air est en plus vicié par le gaz qui brûle souvent toute la journée, restant souvent toujours debout, elles rentrent le soir, dans un appartement dont le cube d'air est presque toujours insuffisant. Généralement la nourriture est en rapport et on décrivait autrefois, la métrite du café au lait.

Martineau, a beaucoup exagéré le rôle des diathèses ; il est vraisemblable que ce rôle se borne à préparer un milieu favorable au développement des micro-organismes.

Les fièvres éruptives s'accompagnent souvent de métrite, mais ce sont alors des métrites symptomatiques et nous ne nous en occuperons pas ici.

Enfin à toutes ces causes il faut en ajouter une autre qui est, croyons-nous, la plus fréquente chez les vierges : c'est

le manque de soins de propreté. Quand on songe aux mille replis du vagin, quand on songe à toutes les sécrétions qui passent dans ce canal, aux sécrétions vulvaires qui se déposent pendant des années, on frémit à l'idée du mélange horrible que cela peut produire et certes, les fameuses écuries d'Augias n'étaient rien en comparaison de ce bournier. On se figure sans peine quelle magnifique flore microbienne doit lever sur ce terrain, nous allons dire sur ce fumier. Nous reviendrons sur cette question en étudiant l'hygiène prophylactique.

La blennorrhagie peut être une cause de métrite chez les vierges, elle succédera alors à une blennorrhagie vulvaire qui s'étendra, par propagation, au vagin et enfin au col utérin. La vulve aura pu être souillée par des linges infectés de pus blennorrhagique ou par toute autre raison; on sait, en effet, que la vulvite blennorrhagique n'est pas rare même chez les toutes jeunes fillettes. On pourrait, en se servant d'un mot tout d'actualité, décrire une métrite des demi-vierges, c'est-à-dire une métrite succédant à des rapports incomplets avec un homme atteint de blennorrhagie uréthrale. Ceci nous amène à parler de la métrite chez les nullipares.

En étudiant l'étiologie de la métrite chez les nullipares, nous aurons surtout en vue celle qui suit si souvent le mariage et qu'on a décrit, autrefois, sous le nom de : métrite des jeunes mariées. On trouve dans la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question, des descriptions plus ou moins complètes. C'est ainsi qu'on y représente le mari, après des excitations continuelles et inassou-

vies, se livrant à toutes les jouissances de l'amour (Scanzoni). D'autre part la jeune mariée vierge, il y a un instant est soumise sans transition à des traumatismes répétés et souvent augmentés par la disproportion des organes. Or, peut elle au moins se reposer de ses émotions et de ses fatigues ? Nullement, l'inévitable voyage de noces la traîne d'hôtel en hôtel, change toutes ses habitudes et les fatigues du jour s'ajoutent aux fatigues de la nuit. Au bout de quelque temps la jeune femme s'affaiblit, devient pâle, ses traits se tirent, elle souffre du bas-ventre. Tout cela est mis sur le compte des excès de coït ; mais un écoulement apparaît, il n'y a plus de doute ; voilà la métrite installée et souvent accompagnée de l'annexite avec son redoutable cortège.

On comprend sans peine quelle influence pernicieuse un semblable surmenage peut avoir sur l'utérus et combien cet organe doit devenir un terrain favorable à l'infection. Mais ce tableau plus ou moins théâtral, ne nous montre qu'une des causes adjuvantes du développement de la métrite. Il est possible que les germes qui sont à l'état normal dans le vagin se développent à ce moment et infectent la muqueuse utérine, mais neuf fois sur dix, ce n'est pas là qu'il faut chercher la cause ; les germes infectieux viennent du dehors ; c'est le mari qui les apporte en dot à sa nouvelle épouse.

Nous sommes persuadés que beaucoup d'hommes agissent en cette circonstance avec la meilleure foi du monde. Ils ont eu, pendant leurs aventures de garçon, une ou plu-

sieurs chaudepisses plus ou moins bien guéries ; finalement il reste la goutte militaire classique qu'ils ont vu passer par des alternatives de calme et d'orage. En fin de cause ils la contemplent avec tant de philosophie qu'elle leur semble être devenue la compagne inséparable de leur vie et qu'ils la jugent toute innocente. Or lorsqu'il auront des rapports avec leur jeune femme cette goutte militaire sera, au moment de l'éjaculation, projetée dans le col utérin qui n'étant pas habitué au choc du pénis, va être traumatisé par ces coïts répétés et l'inoculation sera d'autant plus parfaite.

Il est à remarquer que le pus de cette goutte militaire dont la virulence est atténuée ne produit pas, généralement, une métrite blennorrhagique aiguë mais une métrite blennorrhagique chronique d'emblée. La blennorrhagie utérine aiguë est surtout produite par le coït avec un homme atteint de blennorrhagie aiguë ; on comprend qu'elle est plus rare chez les jeunes mariées car l'homme le plus dépourvu de principes aura, nous l'espérons du moins, assez de pudeur, pour attendre que la période aiguë de sa blennorrhagie soit passée avant de se marier.

Au point de vue de la contagion de la blennorrhagie aiguë Verchère donne des détails intéressants, faisant remarquer que chez les jeunes filles la contagion se fera de bas en haut, c'est-à-dire s'étendant peu à peu de la vulve au vagin et à l'utérus, tandis que chez les femmes déflorées la vaginite sera consécutive à la métrite. Les conclusions sont appuyées sur des raisons anatomiques et physiologiques.

Chez la jeune fille, la vulve riche de replis, d'acini, d'orifices glandulaires, de follicules ainsi que l'urèthre, est exposée au moment des approches sexuelles à un contact prolongé avec le méat uréthral de l'homme.

Celui-cien érection promène le gland dans tout le sillon vulvaire ; le pénis cherche sa voie ; le gland turgide sépare les petites lèvres et fait effort pour pénétrer dans le vagin, buttant tantôt au niveau de l'urèthre, tantôt au-dessous du clitoris, tantôt enfin au niveau de la fourchette. Il y a là un temps d'arrêt, d'hésitation pendant lequel l'urèthre masculin parcourt tous les points de la vulve féminine. On comprend avec quelle facilité tous ces points pourront être infectés par le pus de l'urèthre masculin.

Mais si la femme a déjà eu des rapports, l'introduction sera plus rapide, et si le mari n'est porteur que d'une simple goutte qui souvent est retenue dans le canal uréthral, l'inoculation ne se fera, il est facile de le deviner, que lorsque le sperme projetera cette gouttelette dans le col utérin.

D'après ce qui précède on pourrait croire que nous considérons toutes les métrites des nullipares comme étant de nature blennorrhagique. Nullement ; et nous sommes persuadés que les excès de coïts, agissant comme traumatisme et comme débilitant, peuvent causer des métrites en dehors de toute blennorrhagie. On a du reste donné à ces métrites un nom fort original ; on les a appelées : métrites par balistique.

Les corps étrangers, tels que les pessaires, séjournant

longtemps dans le vagin peuvent aussi provoquer l'inflammation de la muqueuse utérine.

On a accusé les injections poussées trop violemment ; ceci nous paraît sujet à caution.

Enfin il est bien évident qu'on retrouvera ici toutes les causes de métrite que nous avons décrites à propos des vierges : inutile d'y revenir.

---

## CHAPITRE V

---

### Diagnostic

Le médecin voit parfois arriver à sa consultation une jeune fille qu'on lui amène parce que, disent les parents, elle s'amaigrit peu à peu. Elle était bien portante, de santé florissante mais depuis quelque temps, elle s'affaiblit. A sa gaieté, son entrain, ont succédé une torpeur, une apathie que rien ne peut distraire. La fraîcheur de son teint a fait place à une pâleur cireuse, ses traits se sont tirés, son visage s'est amaigri, ses yeux se sont bistrés; elle n'a plus d'appétit, elle s'essouffle rapidement enfin, et c'est là ce qui inquiète le plus les parents, elle a une petite toux sèche, opiniâtre. Pour peu qu'il y ait un antécédent tuberculeux, n'est-il pas difficile d'aller démasquer une utérine sous des apparences aussi nettement en faveur d'une tuberculose au début. D'autant plus que si le clinicien peut avoir l'heureuse inspiration de diriger ses interrogations dans le sens d'une affection utérine, il sera souvent détourné de la bonne voie par les réponses de la jeune malade qui, obéis-

sant à une pudeur vraie ou fausse, cherchera à le dérouter dès qu'elle le voit soupçonner une affection des organes génitaux.

Le diagnostic de la métrite chez les vierges est donc extrêmement délicat, car il faut s'en rapporter aux dires de la jeune malade. Or le plus souvent on n'obtient qu'à grand peine quelques renseignements et des aveux plus ou moins incomplets, quand ils ne sont pas faux. Chez la nullipare la chose est beaucoup plus facile en ce sens que la malade répond plus nettement aux questions et surtout, on a l'immense ressource de l'examen direct.

Nous allons essayer de passer en revue les principales affections utérines ou extra utérines qui peuvent donner lieu à confusion avec la métrite nous efforçant d'en dégager les caractères distinctifs.

Le cancer de l'utérus peut se rencontrer chez les vierges aussi bien que chez les nullipares : mais l'âge de la malade sera, de prime abord, une précieuse indication. Dans le cancer la douleur est vive et tenace, elle n'a pas le caractère de coliques expulsives ; l'écoulement au lieu d'être muco-purulent et filant est légèrement roussâtre et présente une odeur absolument caractéristique.

Il peut y avoir écoulement de sang lorsque le cancer est ulcéré, mais c'est un sang noir visqueux, d'une odeur infecte. Au toucher, certains cancers en choux-fleurs pourraient en imposer pour les petits kystes glandulaires qu'on rencontre assez souvent dans l'endométrite cervicale glandulaire chronique, mais il suffira de sentir le doigt pour

être immédiatement fixé. Enfin dans le cas où on aurait un doute le moyen le plus sûr est d'enlever une petite parcelle du tissu utérin et d'en faire l'analyse histologique.

Les corps fibreux devront être recherchés avec d'autant plus de soin que nous avons vu qu'ils peuvent être une cause de métrite. On sait que les fibro-myômes s'accompagnent, comme la métrite, d'augmentation de volume de l'utérus et qu'ils causent des métrorrhagies ; mais, à l'aide du toucher bi-manuel on s'apercevra que dans les cas de fibromes, l'augmentation de volume porte généralement sur un point de l'utérus plutôt que sur l'ensemble de cet organe. On s'assurera aussi par ce moyen qu'il s'agit d'une tumeur de l'utérus et non pas d'un néoplasme des organes voisins. Les métrorrhagies des fibromes coïncident avec les règles ; dans l'intervalle il peut y avoir un écoulement clair et liquide mais jamais purulent et visqueux.

Il faudra se garder de confondre une métrite hémorrhagique avec un avortement ; le diagnostic sera plus difficile encore dans les cas de dysménorrhée membraneuse ; il faudra alors s'aider du microscope.

Une malade se plaint de voir son ventre grossir ; elle a des vomissements fréquents et faciles après les repas, des vertiges, des tendances à la syncope. Ses seins ont gonflé et sont devenus douloureux enfin elle a de l'aménorrhée. Comment ne pas soupçonner une grossesse au début, même chez une vierge ; car on sait que la présence de l'hymen n'est nullement un obstacle à la fécondation. C'est dans ces cas surtout, qu'il faut laisser de côté le cathé-

risme utérin et mieux vaut, à notre avis, rester dans l'erreur qu'avoir un accident. Au reste, au cinquième mois les bruits du cœur et la perception, par le médecin, des mouvements du fœtus lèveraient tous les doutes.

Nous avons vu qu'il y a des métrites causées par des tumeurs du voisinage, aussi ne devra-t-on jamais négliger de les rechercher. Au reste, un examen gynécologique pour être fructueux doit être complet.

La toux utérine peut simuler une affection pulmonaire. Mais on la reconnaîtra à l'absence des signes stéthoscopiques. Il peut y avoir concomitance d'une affection pulmonaire et d'une affection utérine et il devient alors impossible de faire la part de ces deux causes. On distinguera la toux utérine de la toux hystérique par l'absence des stigmates et des autres symptômes de cette névrose.

Souvent les malades se plaignent de douleurs sourdes dans la région du périnée; il leur semble, disent-elles, qu'on leur introduit un corps dur dans le rectum. Le toucher rectal permettra de savoir si on doit attribuer cette sensation à des hémorroïdes ou à un trouble nerveux réflexe provoqué par la métrite.

Le vaginisme symptomatique de la métrite se distinguera du vaginisme vrai en ce que ce dernier existe à l'exclusion des autres signes de métrite.

La dyspepsie qui accompagne la métrite sera souvent très difficile à diagnostiquer au point de vue étiologique, car elle ne présente rien de bien particulier qui puisse la distinguer des autres dyspepsies et si l'on n'a pas d'autres

motifs de rechercher la métrite, cette dernière affection passera le plus souvent inaperçue.

Il y aura lieu de distinguer la pâleur des utérines de celle des chlorotiques. Chez l'une comme chez l'autre on constatera l'essoufflement, les palpitations de cœur, mais le visage des chlorotiques est plus bouffi et d'autre part l'examen du sang et des autres signes de métrite permettrait d'établir le diagnostic. Il faut reconnaître, au reste, que les deux affections sont souvent combinées.

Il restera à faire le diagnostic entre les diverses formes de métrites ; c'est surtout par l'examen de l'écoulement qu'on y parviendra. Et d'abord, il faut s'assurer que l'écoulement vient bien de l'utérus. Son aspect est déjà un indice. En effet, le liquide venant de l'utérus est transparent et tache le linge, d'autres fois il a franchement l'aspect du pus. Le liquide de la leucorrhée vaginale est plus opaque, il a un aspect blanchâtre, cailleboté et il ne laisse aucune trace sur le linge. On peut aussi employer le procédé que Schultze a décrit sous le nom de Probe-Tampon. Il consiste à placer, après un lavage soigneux du vagin, un tampon d'ouate aseptique sur le col utérin ; on le retire au bout de vingt-quatre heures et on voit s'il est chargé de muco-pus.

L'examen bactériologique permettra de reconnaître si la métrite est d'origine gonococcique ou non.

---



## CHAPITRE VI

---

### **Pronostic**

C'est surtout au point de vue du pronostic qu'il importe de distinguer la métrite aiguë de la métrite chronique. La première, en effet, lorsqu'elle est soigneusement traitée, peut guérir après quatre à six semaines et lorsqu'elle est exempte de complications, le pronostic est bénin. Mais il s'assombrit beaucoup lorsque, le processus étant très actif, comme dans la métrite blennorrhagique aiguë, par exemple, il survient des complications du côté des annexes et du périmètre. La malade à bout de souffrance est obligée de se livrer aux mains du chirurgien qui doit recourir à des mutilations plus ou moins étendues et si elle n'a pas le courage d'affronter l'opération, la mort peut être la conséquence de son indécision.

Le pronostic de la métrite chronique est peut-être moins grave au point de vue de la vie, mais il est redoutable à cause de l'effroyable tenacité de l'affection. On comprend que la vie puisse devenir une charge à une femme destinée

à souffrir et à endurer les mille ennuis de la métrite chronique et cela d'autant plus qu'elle a peu d'espoir d'être mère. Scanzoni prétend qu'il n'a jamais vu guérir de métrite chronique ; cette assertion est heureusement exagérée. Mais il n'en est pas moins vrai que la guérison est très difficile à réaliser et qu'il suffit d'un rien pour détruire tous les bons résultats qu'on a pu obtenir.

L'anatomie pathologique nous a expliqué la raison de cette chronicité en nous montrant le mal siégeant jusque dans les parties les plus profondes des glandes de la muqueuse et combien il doit être difficile de la déloger de ce repaire.

Ici se pose une grave question : doit-on permettre le mariage à une jeune fille atteinte de métrite. On sait, en effet que la métrite entraîne généralement la stérilité. Mais, d'autre part, la grossesse, quand elle survient dans ces conditions, peut guérir la métrite. On conçoit que le médecin soit fort embarrassé pour donner un avis à cet égard. Cependant à moins que la métrite ne soit liée à des vices de conformation de l'utérus ou à une tumeur du voisinage, nous estimons qu'on ne peut pas refuser le mariage à une jeune fille qui aura peut-être, l'heureuse chance de devenir mère. Mais il faudra la prévenir qu'elle est exposée à voir son mal s'exacerber après son mariage et qu'il est fort possible qu'elle soit stérile.

Il est bien évident que si une vierge est atteinte de métrite blennorrhagique elle devra tout mettre en œuvre pour être guérie avant son mariage. Si la métrite blennorrha-

gique est devenue chronique l'écoulement pourra passer inaperçu et c'est avec la plus candide bonne foi que, se croyant guérie, elle communiquera la blennorrhagie à son mari. Celui-ci pourra la contagionner de nouveau si elle est guérie avant lui et ainsi de suite ; il se formera ainsi une sorte de blennorrhagie à bascule, si on peut employer ce mot. Il y a déjà longtemps que Ricord a fait remarquer que deux conjoints peuvent avoir depuis longtemps une blennorrhagie chronique dont les symptômes sont si atténués qu'ils passent pour ainsi dire, inaperçus ; mais que la femme ait un instant d'erreur et l'intrigant recevra avec les suprêmes faveurs une blennorrhagie aigüe

Dans le cas où une femme atteinte de métrite blennorrhagique devient enceinte, le pronostic est plus sombre non-seulement pour elle, mais aussi pour son enfant qui est exposé à l'ophtalmie purulente au moment de l'accouchement. Aussi faudra-t-il à ce moment-là, prendre de grandes précautions pour éviter au nouveau-né ce terrible accident.

Nous ne croyons pas sortir de notre sujet en examinant la question adverse. Un homme porteur d'une goutte militaire peut-il se marier ? On sait combien sévères sont les conclusions de Finger à cet égard. Voici quelle nous semble devoir être la ligne de conduite. Il faudra examiner au microscope la gouttelette de pus après la réaction à la bière ou au nitrate d'argent. Si on trouve encore des gonocoques, il faut impitoyablement refuser le mariage jusqu'à ce qu'ils aient disparus. Dans le cas où l'écoulement est

devenu avirulent, on peut autoriser le mariage, mais en recommandant certaines précautions, car il peut arriver qu'à la suite des excès génitaux qui accompagnent le mariage le pus retrouve sa virulence, les précautions, nous ne parlons pas des traitements proprement dits de la chaude-pisse puisque nous supposons que tout a été mis en œuvre pour guérir cette affection avant le mariage ; ces précautions, disons-nous, sont en somme très simples et la jeune femme les acceptera sans méfiance. Le mari devra faire, extemporanément, des grands lavages au permanganate de potasse en solution faible ; il devra avoir soin d'uriner avant le coït de façon à balayer le canal. Il serait bon même, autant que faire se peut, d'essuyer le méat avec un tampon d'ouate trempé dans une solution de sublimé.

Immédiatement après le coït la femme devra non pas prendre une injection simple, mais faire un lavage soigneux et prolongé avec une solution faible de sublimé, ou de biiodure de mercure. Ces lavages devront être faits à l'aide d'un bock et non avec un injecteur à poire. D'ailleurs nous allons revenir sur cette question dans le chapitre qui nous reste à étudier : le traitement.

---

## CHAPITRE VII

---

### Traitement

Avant d'entreprendre l'étude du traitement de la métrite chez les vierges et chez les nullipares, il convient d'établir une grande distinction. En effet, s'il est bon pour le chirurgien de connaître les armes qu'il aura à sa disposition pour combattre cette affection, il sera peut-être mieux encore d'apprendre à connaître les moyens de l'éviter. En un mot, avant d'aborder le traitement proprement dit, nous devons étudier le traitement prophylactique.

#### § 1. *Traitement prophylactique*

C'est surtout à l'époque de l'établissement des règles que la métrite se montre chez les vierges ; c'est à cette époque qu'on devra redoubler de soins hygiéniques. Le point principal en cette matière nous semble être la pratique journalière des soins de propreté. Nous estimons que dès l'enfance la jeune fille doit être habituée à pratiquer des ablutions vulvaires. Les règles ne seront pas une contre-

indication, mais alors les lavages devront être faits avec de l'eau chaude. On a objecté que cette pratique pouvait donner à la jeune vierge des habitudes d'onanisme ; ce n'est pas notre façon de penser ; si la fille jeune doit s'adonner à ce vice ce ne sont pas les ablutions qui l'y détermineront ; tout au contraire, la vulve sera ainsi débarrassée des produits irritants qui s'y accumulent et déterminent un prurit portant presque toujours à la masturbation.

Un reproche qu'on peut adresser aux mères de famille, c'est de laisser souvent leur fille arriver à sa première menstruation sans l'avoir prévenue et sans lui avoir expliqué ce phénomène. Si la jeune fille est surprise par cet écoulement imprévu, elle ressentira, souvent, une grande frayeur qui peut avoir une action très défavorable sur la marche ultérieure de la fonction.

Scanzoni rapporte qu'une jeune mariée âgée de 23 ans vint le consulter lui disant qu'elle avait eu ses règles à l'âge de 12 ans, mais qu'elle en avait été tellement effrayée que l'écoulement n'avait duré qu'un quart d'heure et que depuis il n'avait plus reparu. Tous les quatre mois elle était sujette à des douleurs internes très violentes. A l'examen Scanzoni constata de l'hypertrophie utérine avec antéversion. Il n'est pas rare d'observer des exemples du même genre, il est donc du devoir du médecin de prévenir les mères de famille du danger qu'il y a à laisser leurs filles exposées à de telles surprises, d'autant plus qu'elles devront être renseignées sur les précautions hygiéniques spéciales à prendre pendant cette période.

Nous entendons par là qu'on devra leur enseigner à éviter d'une façon absolue le froid et surtout le froid humide pendant qu'elles ont leurs règles.

Nous nous rappelons avoir vu une métrorrhagie rebelle qui ne céda qu'après un mois de traitement intense et qui avait été causée par un simple refroidissement. La malade qui avait ses règles était sortie d'une salle de théâtre surchauffée, sur un balcon. Ainsi qu'il arrive souvent en pareille circonstance les règles s'arrêtèrent mais bientôt survint une abondante métrorrhagie. Il faudra donc, à ce moment-là, éviter de s'exposer au froid, éviter de plonger les mains et les pieds dans l'eau froide ; la toilette sera faite avec de l'eau tiède.

Certains médecins affirment qu'on peut impunément prendre des bains de mer en pleine période menstruelle alléguant que les pécheuses de crevettes ou de moules vont à la mer pendant cette période comme à l'ordinaire. Nous pensons que c'est là l'effet d'une accoutumance toute spéciale et qu'il est prudent, hors de ce cas particulier, de s'abstenir de bains froids pendant la période cataméniale. Par contre les bains tempérés ne sont nullement contre-indiqués.

L'onanisme étant une cause de métrite chez les vierges devra être réprimé autant que possible ; mais il est facile de comprendre quelle peine on aura à dépister cette habitude et combien il sera difficile d'y remédier au cas où on l'aurait découverte. On devra chercher à occuper la jeune fille le plus possible, lui donner de l'exercice ; on

pourra recourir aux calmants tels que le bromure de camphre, etc. Au surplus c'est un traitement qui demande surtout du tact de la part du médecin et il est impossible de donner des règles précises.

Les exercices trop violents et la bicyclette, en particulier, doivent être rejetés; mais, d'autre part un exercice modéré sera favorable. La danse n'aura d'inconvénient qu'autant que les veilles se succéderont trop rapidement ou que la jeune fille aura des tendances au nervosisme.

Enfin il faudra veiller à l'état général et chercher par la vie au grand air, une nourriture fortifiante, et un exercice modéré à entretenir un parfait fonctionnement de tous les organes. A ce point de vue, l'hydrothérapie nous paraît excellente et si on ne peut toujours avoir à sa disposition un appareil à douches, le tube devrait du moins figurer dans tous les cabinets de toilette, même de jeunes filles. Si l'eau froide effraie trop, on pourra commencer par de l'eau tiède qu'on refroidira progressivement pour finir par de l'eau froide. Après quoi une friction au gant ou la ceinture de crins amènera la réaction.

La nullipare devra observer toutes les précautions que nous venons d'indiquer, de plus chez elles, les ablutions vulvaires devront être complétées par des lavages du vagin. On devra rejeter le classique injecteur à poire pour se servir du bock; c'est en effet l'instrument le plus simple et partant, le plus facile à tenir propre; on se servira pour la même raison d'une canule en verre, pour peu qu'elle soit

bien faite et qu'on agisse avec douceur il n'y a pas à craindre de la voir se briser.

Il faudra éviter la multiplicité exagérée des coïts qui suivent le mariage : pratique d'autant plus dangereuse que c'est exposer la femme à des douleurs et à l'impotence génitale de longue durée. Qu'elle se rappelle la malade de Scanzoni qui ne put avoir qu'un seul rapport en cinq ans tant la copulation était devenue douloureuse à la suite d'une métrite.

Nous avons dit que les fatigues du voyage de nocces avaient une influence très pernicieuse sur l'état de l'utérus. Si donc le jeune ménage estime qu'il doit s'isoler pendant les premiers temps qui suivent le mariage, c'est chose facile, mais ce qu'il faut éviter ce sont les allées et venues perpétuelles. En un mot il y a une façon de voyager sans se fatiguer : c'est celle-là qu'il faudra adopter en cette circonstance.

Il faudra également éviter les rapprochements pendant la période des règles, les coïts prolongés devront être évités également. Ce sont là des détails trop délicats pour que nous puissions insister ; au reste il est facile de comprendre que toutes les pratiques qui exposeront les organes génitaux à des traumatismes, pourront être des causes de métrite et devront par là même être mises de côté.

Nous avons indiqué au chapitre précédent les précautions à prendre lorsque le mari est porteur d'une goutte militaire ; nous n'y revenons pas.

## § 2. *Traitement proprement dit*

Deux modes de traitement s'offrent au médecin contre la métrite, le traitement général et le traitement local.

On doit, autant que possible, se contenter du traitement général chez les vierges dans les cas bénins; ce même traitement sera un complément indispensable de la thérapeutique locale chez la nullipare.

Le repos sera une des principales conditions du traitement général; le repos devra être plus ou moins complet suivant l'intensité de l'affection, car c'est là une arme à deux tranchants; ce repos est, en effet, nécessaire pour l'utérus et d'autre part il est une mauvaise condition au point de vue de la santé générale. Il faudra pour y suppléer, vivre au grand air de la campagne. Si la métrite est peu douloureuse, la malade portera une ceinture ventrière et marchera un peu. Si l'appétit est diminué il faut essayer de l'exciter par les amers: quinquina, quassia amara, gouttes de Baumé, etc. S'il y a de la tendance à la chloro-anémie les préparations ferrugineuses et arsenicales seront bien employées. Enfin une saison d'eau sera un complément très utile car le peu d'eau qui pénétrera dans le vagin agira comme lavage et comme topique. Il faudra varier le choix de la station thermale avec l'effet qu'on veut obtenir. Suivant que la malade est chloro-anémique, nerveuse ou au contraire asthénique on l'enverra à tel ou tel endroit.

Qu'on nous dispense de citer des noms, le médecin n'a que l'embarras du choix.

La thérapie marine a été recommandée vivement par certains hydrologues, soit qu'on se contente d'inspirer l'air marin, soit qu'on y joigne les bains. Si on craint l'action de l'eau froide on pourra faire prendre des bains d'eau de mer chaude.

Ce traitement général pourra suffire, dans les cas bénins et il pourra, chez la vierge, amener une amélioration qui permettra d'attendre le moment où, devenue femme, elle pourra recevoir un traitement local ; nous allons voir qu'on pourra, même chez la vierge, donner des injections ; mais nous pensons qu'on devra éviter autant que possible, chez elle une intervention opératoire.

Avant d'étudier le traitement local il est bon de faire remarquer que la nullipare devra se conformer à cette thérapeutique générale en y ajoutant quelques modifications c'est ainsi que plus la métrite se rapprochera du type aigu, plus le repos génital devra être parfait. Or c'est là un des points les plus difficiles à obtenir des malades qui consentiront à rester des journées entières sur des chaises-longues, voire au lit, elles prendront les injections prescrites, mais quant à l'ordonnance relative à l'abstention de coït, c'est lettre morte neuf fois sur dix et le médecin aura obtenu un grand résultat si, par ses conseils, les rapports sont devenus plus modérés. Martineau fait remarquer que si la métrite n'a pas un caractère absolu d'acuité, il ne faut pas interdire complètement le coït sous peine d'ex-

poser les femmes au saphisme ou d'amener de graves désordres dans le ménage. Ces assertions nous semblent bien exagérées et la conscience du médecin doit être beaucoup moins alarmée. Si la malade devient lesbienne, l'ordonnance du médecin ne sera pas en cause, car la malade ne se fera pas faute de l'enfreindre si elle en est gênée le moins du monde. Quant aux discordes conjugales, il nous semble que le médecin n'y est pour rien; le mieux, croyons-nous sera de démontrer clairement aux intéressés le pour et le contre et de les laisser juges.

La nullipare aura sur la vierge l'avantage de retirer un bénéfice plus complet de la balnéation. Lorsqu'en effet, la malade sera dans son bain, elle introduira elle-même dans le vagin un speculum grillagé qui permettra à l'eau de baigner non seulement les parois vaginales mais aussi le col de l'utérus. Certains gynécologistes préfèrent beaucoup cette manière de faire aux injections auxquelles ils reprochent, sinon de traumatiser l'utérus, du moins de déterminer sur cet organe une réaction trop vive.

Ainsi que nous l'avons dit dans l'introduction de cette étude, nous nous contenterons d'esquisser sommairement les traitements locaux de la métrite. C'est une question fort longue et qui a été traitée en maints endroits.

En première ligne nous placerons les injections vaginales chaudes qu'on pourra additionner de solutions antiseptiques faibles, par exemple du sublimé à 1 gr. 2000. La façon de procéder à ces douches vaginales chaudes demande quelques détails. Si la malade prend ces injec-

tions accroupie sur un bidet ou sur une cuvette elle n'en retirera aucun bénéfice ; elle devra être couchée en travers de son lit sur une alèze de Smester, le siège légèrement soulevé et les deux pieds reposant sur deux chaises. Le bock devra contenir au moins trois litres d'eau à 45° et même un peu plus car la température s'abaisse à la suite du passage dans le tube. L'appareil sera fixé à une petite hauteur, au maximum un mètre au-dessus du niveau de la vulve. Lorsque tout le liquide sera écoulé ; la malade introduira un doigt dans le vagin et déprimera la fourchette pour faire ressortir le liquide, puis appliquera sur la vulve une petite plaque d'ouate hydrophile bien propre, se replacera dans sa position normale et se reposera pendant une heure au moins.

Si on se décide à donner des injections aux vierges on se servira d'une canule rectale ou d'une sonde urétrale.

Ces injections qui seront répétées deux fois par jour pourront, dans les cas bénins donner une grande amélioration. En tous cas on devra toujours y recourir ne fût-ce qu'au point de vue antiseptique. Dans les cas de métrite blennorrhagique on pourra se servir de solutions un peu plus fortes ; on pourra aussi remplacer le sublimé par du permanganate de potasse. On a proposé, du reste, une foule d'antiseptiques, les expériences n'ont pas donné de résultats spéciaux et, comme le sublimé n'a ni odeur ni couleur, c'est à lui qu'on donne le plus souvent la préférence.

Dans l'intervalle de ces injections on introduira au fond

du vagin des tampons d'ouate hydrophile trempés soit dans de la glycérine simple soit, ce qui est préférable, de la glycérine dans laquelle est incorporée une substance antiseptique : Acide borique, iodoforme, salol, etc. Le tampon devra être retiré avant chaque injection et on aura soin d'en replacer un autre après.

On fabrique actuellement dans le commerce des ovules gélatineux contenant diverses substances antiseptiques qui seront plus facilement acceptés dans la clientèle privée. Outre qu'ils sont plus faciles à introduire, ils ont de plus l'avantage de n'avoir pas besoin d'être retirés car ils fondent dans le vagin et la présence dans ce canal de la ficelle qu'on est obligé d'attacher au tampon est souvent une source de gêne très désagréable pour les malades.

Si le col utérin est très congestionné on aura recours aux émissions sanguines locales, mais ici la malade ne peut plus se suffire à elle même ; l'emploi du speculum devient nécessaire ; il y aura donc lieu de réfléchir avant d'employer ce traitement chez les vierges ; nous avons dit assez de fois dans le cours de cette étude ce que nous pensons sur ce point pour n'avoir plus besoin d'y revenir. Après avoir découvert le col à l'aide du speculum on fera quelques petites piqûres tout autour du museau de tanche ; on se servira pour cela soit d'un scarificateur spécial, soit d'un bistouri dont on aura enveloppé la lame presque près de la pointe. Il n'est pas besoin de dire que les instruments doivent être rigoureusement propres et qu'un lavage antiseptique du vagin aura précédé cette petite manœuvre

opératoire. Lorsqu'on juge que la quantité de sang écoulé est suffisante, on fait un second lavage, puis on place sur le col un tampon antiseptique qui sufit pour assurer l'hémostase.

Les modes de traitements que nous avons vus jusqu'ici n'agissent qu'indirectement sur la muqueuse utérine. Aussi s'ils peuvent réussir dans des cas bénins, ils seront certainement insuffisants dans les cas plus graves et c'est à la muqueuse elle-même qu'on devra s'attaquer. Or chez les vierges et chez les nullipares l'orifice utérin, normalement très étroit, est généralement rétréci, soit du fait d'une sténose congénitale, soit du fait de l'hypertrophie des lèvres du museau de tanche liée à la métrite. Il faudra donc commencer par dilater l'orifice utérin.

Cette dilatation pourra dans certains cas constituer tout le traitement; nous verrons plus loin dans quelles circonstances. Cette dilatation sera lente ou rapide. La dilatation lente s'obtiendra au moyen de tige de laminaire ou de tupelo. Avec des laminaires fraîches la dilatation est obtenue dans les dix heures. Nous n'insistons pas sur le manuel opératoire on le trouvera tout au long dans les divers ouvrages sur le traitement de la métrite. L'emploi de la laminaire sera préférable chez les femmes timorées et lorsque la dilatation ne doit pas être suivie d'une autre intervention. Les éponges comprimées ne sont plus employées à cause de la difficulté de les stériliser.

La dilatation rapide sera sanglante ou non. Le premier mode d'intervention sera réservé aux cols durs et difficile-

ment dilatables. On se servira de ciseaux spéciaux, analogues aux ciseaux entérotomes des boîtes d'autopsie. On introduira la branche mousse dans le col et on fera un ou deux débridements. L'hémorrhagie a été parfois assez abondante pour nécessiter la ligature des utérines, aussi certains auteurs ont-ils conseillé la ligature préventive. On aura soin de tamponner la cavité cervicale avec de la gaze iodoformée : ce tampon aura le triple rôle : d'hémostatique, d'antiseptique et de dilatateur.

Dans la majorité des cas c'est à la dilatation non sanglante qu'on a recours ; un des procédés les plus commodes est la dilatation progressive à l'aide des bougies d'Hegar. Nous avons vu M. Schwartz employer journellement ce procédé qui est incontestablement pénible, mais sans être absolument douloureux et les malades peuvent parfaitement le supporter sans chloroforme pour peu que le chirurgien ait la main douce. La série de ces bougies présente une augmentation de un millimètre de diamètre, par numéro ; on voit que, par leur introduction successive, on obtiendra une dilatation assez rapide. Dans les cas où le col est dur et résistant M. Pozzi conseille de commencer la dilatation par des tiges de laminaires pour finir avec les bougies d'Hegar. Il est bien évident que lorsqu'on sentira une résistance considérable il faudra laisser la bougie plus longtemps avant de passer au numéro suivant.

On peut obtenir une dilatation immédiate à l'aide d'instruments variés appelés divulseurs ; ils ont tous le même principe ; ils se composent de deux ou trois branches en

acier qu'on introduit rapprochées dans le col et qu'on écarte ensuite. Les instruments au lieu d'agir, comme les bougies d'Hegar, sur toute la superficie du col, n'agissent que sur des points limités, aussi exposent-ils aux déchirures et vaut-il beaucoup mieux employer les bougies.

On a préconisé une variété immense de topiques solides ou liquides tels que chlorure de zinc, nitrate d'argent, mais presque tous les gynécologistes sont d'accord pour reconnaître qu'ils n'auront de vraiment bons effets que s'ils sont précédés d'un curettage. C'est le véritable traitement de la métrite et nous avons hâte d'en arriver à cette opération.

Le curettage de la muqueuse utérine a été décrit et discuté dans toutes les sociétés de chirurgie et de gynécologie tant en France qu'à l'étranger. Aussi nous renverrons pour les détails à tous les mémoires et bulletins ; mais il nous semble impossible de ne pas rappeler ici au moins les grandes lignes de cette opération.

Le premier temps sera la dilatation du col de l'utérus : dilatation lente ou progressive au choix du chirurgien. M. Pozzi dilate à peine le col, juste pour permettre le passage de la curette. Lorsque la dilatation est obtenue on fera un premier lavage antiseptique de la cavité utérine. On saisit avec une pince de Museux une des lèvres du museau de tanche et on maintient ainsi l'utérus solidement fixé. Avec une curette à bords mousses on racle la muqueuse utérine en commençant par la paroi antérieure, puis la paroi postérieure, enfin les parois latérales. On doit appuyer encore assez fortement et on ne doit s'arrêter que lorsqu'on

sent l'instrument crier sur le tissu utérin. C'est à dessein que nous disons : sentir, car c'est autant une sensation tactile qu'un bruit. Entre temps on nettoie la curette en la trempant dans une solution phéniquée forte. Il sera bon de faire l'irrigation continue dans le vagin tout le temps de l'opération. Lorsque le curettage proprement dit est terminé on fait un lavage intra-utérin, on ne craindra pas de faire ce lavage un peu prolongé avec une solution antiseptique faible : cette irrigation aura le double avantage d'être à la fois antiseptique et hémostatique.

C'est alors qu'on peut employer avec fruit les agents modificateurs. Braun emploie la teinture d'iode ; il l'injecte à l'aide d'une seringue spéciale contenant trois grammes. On introduit la canule d'emblée au fond de l'utérus et on retire peu à peu la seringue à mesure qu'on pousse le piston de façon à couvrir toute la muqueuse utérine. On aura bien soin pendant ce temps là d'irriguer fortement le col pour empêcher le liquide caustique de s'arrêter dans le vagin. Dès que l'injection de teinture d'iode est terminée on fait un nouveau lavage intra-utérin pour enlever le caustique en excès. Puis on fait un pansement iodoformé. M. Pozzi agit d'une façon un peu différente, il fait après le curettage une injection de perchlorure de fer et ce n'est que cinq jours après l'opération qu'il commence les injections iodées, qu'il répète tous les deux jours pendant cinq semaines dans les cas de catarrhe très intense.

On peut, au lieu de teinture d'iode employer de la glycérine créosotée. Les proportions du mélange varient de  $1/3$  à  $1/10$ .

Dans certains cas on emploie au lieu des injections modificatrices le drainage de l'utérus. On pratique ce drainage avec des substances très variables; la meilleure est la gaze iodoformée ou salolée. Suivant l'expression de Fritsch, on plombe l'utérus comme une dent creuse. Si on imbibe la gaze d'une solution modificatrice on combinera les deux procédés que nous venons d'indiquer.

On applique aussi à la cure de la métrite le traitement par l'électricité préconisé par Apostoli : Fritsch déclare s'en être bien trouvé dans le cas de métrite hémorrhagique. Si ce procédé n'avait pas l'inconvénient de causer des coliques expulsives, ce serait peut-être, dit le gynécologiste allemand, le meilleur mode de traitement dans la métrite chronique. Voici comment on l'emploie. L'instrumentation se compose d'une boîte contenant quarante éléments qu'on peut, au moyen d'un mécanisme accoupler progressivement, d'un galvanomètre et de deux rhéostats. Celui qui répond au pôle positif est celui qu'on introduira dans l'utérus, aussi a-t-il la forme d'un hystéromètre. La tige est recouverte de caoutchouc dans sa plus grande longueur pour l'isoler du vagin et seule la partie terminale qui doit être en contact avec la muqueuse utérine est mise à nu. L'autre rhéostat se compose d'une plaque de métal recouverte d'une peau de chamois. On le placera sur l'abdomen sauf le cas où il y aurait une plaie.

On commence par un très faible courant et on attend un instant pour que la malade s'habitue, puis on augmente progressivement l'intensité du courant. Fritsch donne

comme chiffre maximum 250 millimètres Ampères ce qui nous paraît énorme. On diminue alors progressivement l'intensité du courant en évitant de l'interrompre brusquement ce qui est très pénible pour les malades. Il faut avoir l'œil fixé sur le galvanomètre et en même temps écouter ce que dit la malade. Si elle dit que ça lui brûle la peau : cela n'a pas grande importance dit Fritsch : *so ist dies ziemlich gleichgültig*. Mais si elle ressent de violentes douleurs dans le corps on diminuera progressivement le courant, mais jamais subitement. La séance dure cinq à dix minutes, après quoi la malade garde le repos au lit pendant un jour, principalement au début du traitement. On laissera de quatre à sept jours d'intervalle entre les séances.

Nous avons vu qu'une des formes les plus communes de métrites, aussi bien chez les vierges que chez les nullipares, est l'endométrite cervicale glandulaire chronique. Dans cette forme la muqueuse est hypertrophiée et réclame un traitement plus énergique que le curettage ou du moins cette dernière opération aura besoin d'être complétée par une autre intervention.

Si l'hypertrophie de la muqueuse est telle qu'elle obstrue presque complètement l'orifice utérin on pourra intervenir de la façon suivante. On introduit un bistouri ou des ciseaux dans le col et on fait quatre incisions perpendiculaires les unes aux autres partant du centre de l'orifice pour aller, sur une étendue d'environ un centimètre, vers la face externe du museau de tanche. Puis on retranchera

les portions ainsi délimitées, par un coup de bistouri passant à la base des triangles formés par ces incisions. Après quoi on applique un pansement antiseptique.

C'est dans le même but que M. Bouilly a créé une opération qu'il décrit dans la *Semaine médicale* du 7 février 1893. Cette opération consiste à enlever deux lambeaux rectangulaires de la muqueuse cervicale, les lambeaux seront pris l'un sur la lèvre antérieure, l'autre sur la lèvre postérieure, en ayant soin de laisser dans les angles des bandes de tissu muqueux qui s'opposent à l'atrésie du col.

Reste enfin l'amputation du col par le procédé de Schroeder ou par le procédé d'Emmet. Décrire ces opérations serait sortir absolument du but que nous nous sommes proposé; nous allons examiner maintenant dans quel cas on doit employer tel ou tel de ces procédés.

C'est ainsi que dans les cas d'endométrite cervicale glandulaire on commencera par les injections d'eau chaude et les tampons antiseptiques; puis si cette médication reste sans effet on aura recours au curettage suivi d'injections modificatrices. S'il y a des ulcérations on laissera un pansement antiseptique sur le col. L'orifice utérin est-il sténosé, il y aura lieu de l'agrandir par un des procédés que nous avons décrits. Les polypes muqueux seront arrachés, par torsion, avec des pinces longues et s'ils sont sessiles on les raclera à la curette tranchante puis on touchera la surface cruentée au thermo-cautère. On pourra aussi pratiquer l'opération de Bouilly. Enfin si le col est trop ma-

lade on l'enlèvera par le procédé de Schröder ou par celui d'Emmet.

Il faudra avoir grand soin, avant de pratiquer ces opérations, même le curettage, de s'assurer minutieusement de l'état des annexes; les plus redoutables accidents peuvent être la conséquence d'une négligence à cet égard. Parfois un curettage a pu guérir ou améliorer une lésion des annexes; par contre on voit quelquefois aussi une ablation des annexes avoir une influence salutaire sur l'état de la muqueuse utérine. On a même proposé la castration comme un remède contre les métrites rebelles à toutes les autres interventions; nous pensons qu'on ne doit pratiquer cette opération que lorsque les ovaires sont absolument perdus.

C'est surtout contre la métrite hémorrhagique qu'on a proposé la castration espérant produire ainsi une ménopause artificielle, mais encore une fois ce procédé ne s'est légitimé que par une lésion irrémédiable des ovaires. Il est préférable de recourir à un traitement symptomatique c'est-à-dire un traitement hémostatique auquel on joindra un traitement dirigé directement contre la muqueuse utérine. On commencera donc par donner des injections vaginales prolongées très chaudes, et non pas froides comme on le faisait autrefois; en même temps on pourra faire prendre soit : trente centigrammes de feuilles de digitale en macération, soit vingt gouttes d'extrait fluide d'hydrastis canadensis. On pourra aussi pratiquer le tamponnement vaginal mais le mieux est d'en arriver tout de suite au curet-

tage suivi d'injections de perchlorure de fer ; on évitera ainsi à la malade des pertes de sang, souvent très considérables et qui l'affaiblissent d'autant.

Le traitement de la métrite blennorrhagique relève surtout des antiseptiques. On commencera donc par faire de grands lavages antiseptiques du vagin ; puis on fera des lavages intra-utérins avec une sonde à double courant. C'est dans ce cas que le drainage antiseptique rend de grands services. Il faudra être prudent dans les diverses manœuvres qu'on exécute sur l'utérus de crainte d'amener des complications. S'il y a des troubles du côté des annexes ou du périmètre il faudra s'en tenir absolument aux lavages antiseptiques. Un complément nécessaire est de mettre la malade à l'abri d'une nouvelle contagion, si donc, il s'agit d'une femme mariée, elle ne devra plus avoir de rapports avec son mari tant que la blennorrhagie de celui-ci ne sera pas guérie.

Enfin en même temps qu'on traite l'affection elle-même, il faudra traiter ses symptômes, la guérison en sera avancée.

---



## CHAPITRE VIII

---

### OBSERVATIONS

Les observations de métrite sont tellement nombreuses que nous avons hésité longtemps avant d'écrire ce chapitre. Pour lui donner un peu d'originalité nous ne citerons que des observations inédites. Nous résumerons le plus brièvement possible les observations de nullipares.

OBSERVATION I (*inédite, appartient au D<sup>r</sup> de Grandmaison*).

**Vierge. — Endrométrite cervicale glandulaire. —  
Drainage.**

Mademoiselle X..., 22 ans 1895. — Ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires; ses antécédents personnels sont bons au point de vue de la santé générale.

Elle a été réglée pour la première fois à 13 ans. Les règles étaient normales, comme époque et comme quantité. Il y a dix-huit mois elles ont commencé à augmenter et à

devenir douloureuses. A ce moment la malade a eu de violentes coliques qu'elle soigna d'abord elle-même comme étant des coliques intestinales, puis apparut un écoulement muco-purulent tâchant très légèrement le linge.

La malade put continuer à aller et venir, mais elle se fatiguait très rapidement et après chaque fatigue l'écoulement devenait plus abondant.

La douleur était vive surtout au niveau de l'hypogastre avec irradiation dans les cuisses.

L'appétit diminuait et la malade devenait triste sans savoir pourquoi.

Au mois de janvier 1895 la malade vient consulter. Elle affirme n'avoir jamais eu de rapports sexuels et de fait la membrane hymen existe intacte, car la malade désirant être examinée sérieusement on procède au toucher vaginal.

Avant le toucher, l'inspection de la vulve permet de constater des dépôts de smegma qui indiquent une malpropreté effrayante et, en effet, la malade avoue n'avoir jamais pris de soin de propreté. Un liquide blanchâtre, très filant et un peu transparent agglutine les poils et, avec les doigts on peut l'étirer en longs filaments.

Le toucher est un peu douloureux à cause de la présence de l'hymen, néanmoins en cheminant avec douceur le doigt arrive jusque sur le col qui est petit et dur. L'orifice cervical est entr'ouvert et admet presque l'extrémité du doigt. On sent qu'il en sort un véritable cordon de mucus et la muqueuse offre une certaine sensation velvétique.

L'utérus lui-même n'est pas douloureux mais dès qu'on cherche à lui imprimer un mouvement la malade se plaint.

On pratique le drainage de l'utérus à l'aide d'une mèche de gaze iodoformée trempée dans une solution de chlorure de zinc. La malade est actuellement guérie.

OBSERVATION II (*due à l'obligeance de M. Schwartz*).

E... Odille, âgée de 23 ans, domestique, entre à l'hôpital Cochin, salle Sédillot, le 5 juillet 1893.

Antécédents héréditaires : père et mère bien portants. Antécédents personnels. — La malade dit qu'elle a eu le diabète à 12 ans, en tous cas elle en est maintenant guérie.

Elle jouit d'une bonne santé générale.

Réglée à 18 ans, ses règles sont normales.

Depuis trois ans à la suite d'efforts la malade souffre du côté droit, on lui ordonne le repos mais ses douleurs reprennent dès qu'elle retravaille. Depuis trois mois elles sont devenues presque intolérables : elles se traduisent par de violents élancements dans le côté droit, en même temps un écoulement tenace achève de la tourmenter.

A l'examen on constate un vagin double en véritable canon de fusil, l'hymen est intact, la cloison commence au niveau de la vulve.

Opération le 9 août. — Les douleurs semblent être localisées surtout aux annexes du côté droit, on pratique la laparotomie.

L'ovaire droit est tellement altéré que l'ablation est  
Villatte

jugée nécessaire et pratiquée. La trompe est obstruée. En sectionnant l'ovaire on voit qu'il est criblé de petits kystes.

Du côté gauche on trouve l'ovaire kystique également, mais moins altéré que du côté droit. Il y a de nombreuses adhérences très vasculaires qui donnent beaucoup de sang lorsqu'on les rompt. On enlève les trois quarts de cet ovaire.

Du côté de l'abdomen, la bifidité de l'utérus constatée par le vagin n'existe pas.

Pansement iodoformé ouaté compressif après suture de la plaie au crin de Florence.

La malade sort guérie le 27 septembre 1893.

Elle a été revue guérie au mois 1894. L'écoulement ni les douleurs n'avaient reparus.

### OBSERVATION III (*D<sup>r</sup> de Grandmaison*).

#### **Dysménorrhée membranneuse. — Injections chaudes.**

Mademoiselle X..., vierge, 24 ans, ne présente rien de particulier au point de vue des antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Elle a été réglée à 14 ans ; ses règles étaient peu abondantes au début ; elles revenaient assez irrégulièrement ; depuis quelque temps elles sont devenues extrêmement douloureuses.

A chaque période menstruelle la malade a des coliques expulsives extrêmement intenses se terminant par l'expul-

sion de lambeaux plus ou moins nombreux et plus ou moins considérables de la muqueuse utérine.

Dans l'intervalle des règles, l'utérus n'est pas très douloureux et la malade peut vivre de la vie ordinaire. Il y a un léger écoulement clair qui devient roussâtre pendant les quelques jours qui précèdent ou qui suivent les règles.

L'appétit est diminué et très capricieux, mais il est juste de dire que la malade est une neurasthénique renforcée, aussi l'état général est-il loin d'être brillant.

La constipation est opiniâtre et la malade a quelquefois des crampes d'estomac très violentes.

Au point de vue utérin cette jeune fille n'est vraiment malade qu'au moment des règles qui lui occasionnent des douleurs telles qu'elle se décide à consulter. Aucun examen n'est pratiqué.

On lui ordonne de faire deux fois par jour des injections chaudes à 45°. Elle se sert d'une canule rectale.

En même temps on a institué un traitement reconstituant : fer, arsenic, amer, etc.

La malade va beaucoup mieux.

OBSERVATION IV ( *inédite due à l'obligeance de  
M. Schwartz*).

**Endométrite cervicale glandulaire. — Curettage. — Opération de Bouilly.**

Alphonsine G..., âgée de 24 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital Cochin, salle Sédillot le 19 avril 1894.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires de cette malade.

Elle a été réglée pour la première fois à l'âge de douze ans ; mais elle a toujours été mal réglée depuis. La période menstruelle se reproduisait tous les quinze jours. Elle a eu en même temps des pertes blanches très abondantes. Actuellement elle est encore mal réglée et ses pertes blanches n'ont pas diminuées.

Depuis vingt mois qu'elle est mariée elle souffre de douleurs dans le ventre. Ces douleurs se sont accrues depuis un mois et c'est ce qui l'a décidée à venir consulter.

Elle ressent dans le côté droit une douleur vive qui ne diminue que par le repos au lit ; ces douleurs s'irradient dans les reins et dans les cuisses.

La malade est très constipée et ressent de vives douleurs pour aller à la selle. Il y a également de la douleur au moment de l'émission de l'urine ; mais c'est plutôt une sorte d'épreinte qui n'a rien de commun avec les douleurs brûlantes de la blennorrhagie.

Lorsque la malade veut s'asseoir elle sent, au moment où elle se baisse, une sensation de pesanteur dans le bas-ventre.

Toucher vaginal. — L'utérus présente un col allongé avec un orifice de très petite dimension. Les culs de sac sont souples.

Palper bimanuel. — Un peu de douleur à droite sans signe net de l'inflammation des annexes.

Opération le 5 mai. — Après un curettage on excise

deux lambeaux rectangulaires de muqueuse ; pris l'un sur la paroi antérieure, l'autre sur la paroi postérieure du col. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Suites normales.

Sortie le 31 mai en excellent état.

Nous avons cité cette observation la première parce qu'elle établit une sorte de transition entre les observations chez les vierges et celles chez les nullipares. On voit en effet que le début de la métrite chez cette malade remonte à l'époque où elle était vierge. Le mariage n'a pas eu d'influence salutaire sur la marche de l'affection puisque vingt mois après les choses n'avaient fait qu'empirer. Ainsi qu'il arrive presque toujours, la malade était stérile.

#### OBSERVATION V ( *inédite M. Schwartz* ).

**Endométrite cervicale blennorrhagique. — Dilatation — Lavage au permanganate de potasse. — Drainage de l'utérus.**

B..., âgée de 19 ans, domestique, entre à l'hôpital Cochin, salle Sédillot.

Elle a perdu son père et sa mère, mais elle ne sait pas de quoi. Elle a été réglée pour la première fois à 15 ans, mais la menstruation est très irrégulière, ses règles reviennent tous les quinze jours ou toutes les trois semaines.

Depuis le mois de janvier elle souffre en urinant et ressent une douleur assez vive dans le bas-ventre sur la ligne

médiane. Cette douleur est augmentée par la pression, et, de sourde qu'elle est ordinairement, elle devient aiguë et lancinante quand la malade fatigue.

Toucher vaginal. — Le col est assez volumineux. On ne constate pas de lésions des culs de sac qui sont souples et non sensibles.

Le volume de l'utérus est normal et la pression du corps de l'utérus un peu douloureuse.

Au spéculum. — Le col est rouge, sans ulcération, l'orifice du col est petit et laisse échapper un liquide légèrement muco-purulent.

Traitement. — Dilatation de l'orifice du col avec la laminaire. Lavages au permanganate de potasse. 2 litres de solution à 1/4000. Drainage avec la gaze iodoformée.

Ce traitement est pratiqué jusqu'au 12 mai. A ce moment la malade a ses règles jusqu'au 16 mai. Comme les règles sont normales et que toutes douleurs ont disparues, la malade quitte l'hôpital le 18 mai.

OBSERVATION VII<sup>bis</sup> ( *inédite M. Schwartz*).

**Endométrite glandulaire. — Curettage.**

Louise G..., âgée de 24 ans, ménagère, entre à l'hôpital Cochin, salle Sedillot, le 8 août 1894.

Parents bien portants.

Antécédents personnels. Fracture de cuisse à 3 ans. Fièvre typhoïde à 15 ans.

Elle a été réglée pour la première fois à 12 ans ; depuis ce moment sa menstruation a été très régulière jusqu'à son mariage qui remonte à cinq ans. Depuis cette époque elle avait un retard de huit jours, en moyenne, à chaque période menstruelle. Elle perdait abondamment en blanc.

Toucher. — On constate un utérus gros, douloureux. Le col est tuméfié, œdématié, les culs de sac sont souples et endolores.

Spéculum. On constate un gros col violacé avec un abondant écoulement de mucosités.

Hystéromètre : 7 cent. 1/2.

Traitem. Dilatation et curettage le 15 août.

Sort guérie le 20 août.

OBSERVATION ( *inédite M. Schwartz*).

**Endométrite cervicale. — Electrolyse.**

Marie F..., âgée de 22 ans, entre à l'hôpital Cochin, salle Cochin, le 6 janvier 1893.

Réglée à 14 ans, ses règles étaient régulières, mais depuis deux ans elle souffre du ventre. Les règles ne sont plus aussi périodiques, il y a quelquefois une avance de trois ou quatre jours, mais elles ne sont pas douloureuses.

La malade a une leucorrhée très abondante et continuelle et elle dit n'avoir jamais eu d'écoulement jaune ou vert. Depuis deux mois la miction est douloureuse ; l'écoulement est devenu plus abondant et elle souffre beaucoup du ventre surtout dans la station debout et la marche. Dou-

leurs également dans les lombes et à la racine des cuisses.  
Constipation habituelle.

Examen. — Utérus un peu gros en situation normale, bien mobile. Pas de lésion des annexes.

Col gros, un peu rouge, lisse, ectropion de la lèvre antérieure.

Hystéromètre : 6 cent. 1/2.

17 janvier. — 60 milliampères, six minutes.

11 février. — L'électrolyse a été continué jusqu'à aujourd'hui la malade sort guérie.

#### OBSERVATION VII ( *inédite M. Schwartz*).

C. V..., âgée de 23 ans, domestique, entre à l'hôpital Cochin, salle Richet, le 9 avril 1894.

Malade depuis 15 jours, elle se plaint de douleurs dans les reins, dans le bas ventre et dans les cuisses; elle souffre depuis longtemps en urinant.

Depuis quinze jours elle a un écoulement purulent de couleur verdâtre.

Toucher vaginal. Col petit dévié à gauche comme s'il y avait une fausse route. Rien dans les culs de sac, toutefois un peu d'endolorissement dans le cul de sac gauche. Utérus mobile spéculum. Col gros, tuméfié, violacé, présentant une ulcération sur la lèvre antérieure. Par l'orifice qui est entr'ouverte s'échappent du pus et des fausses membranes.

Traitement. Dilatation. Lavages au permanganate de

potasse. Deux litres de solution à 1/4000. Drainage de l'utérus à la gaze iodoformée.

La malade sort guérie le 28 avril.

OBSERVATION VIII ( *inédite, personnelle à M. Schwartz*).

**Métrite blennorrhagique. — Absès à répétition des glandes vulvo-vaginales au moment des règles.**

Madame L., 23, rue Bizet, 29 ans.

La malade quoique jouissant d'une bonne santé générale, est atteinte, depuis plusieurs années, d'absès à répétition d'une ou des deux glandes vulvo-vaginales à chaque époque menstruelle.

Il y a alors de la douleur, du gonflement et une impossibilité absolue de marcher facilement.

Les absès s'ouvrent, puis tout est fini pour recommencer un mois plus tard.

La malade est curettée pour une métrite blennorrhagique. Les absès se reproduisent toujours, elle consulte M. Schwartz au mois de décembre 1893. Le chirurgien sent au niveau des glandes vulvo-vaginales, deux noyaux, l'un droit plus petit ; l'autre, gauche, plus gros. La malade est à ce moment-ci dans une période intermenstruelle ; la petite tumeur n'est ni fluctuante, ni douloureuse. Il n'y a pas d'écoulement, aucune fistule. Le 5 janvier 1894, cinq jours avant l'époque des règles, M. Schwartz extirpe les glandes vulvo-vaginales ; la gauche a beaucoup grossi depuis quel-

ques jours. Des deux côtés les abcès sont gros comme des pois. Extirpation complète. Tamponnement iodoformé.

L'examen a montré des streptocoques presque purs et un autre microbe qu'on n'a pas pu isoler.

La plaie gauche a été longue à se fermer.

A droite fermeture rapide ; mais il se forme des abcès au niveau du vestibule là où on a mis des sutures au casque. Incision et pansement à plat.

12 mars. — Les plaies vestibulaires à droite, et vulvaires à gauche sont pansées à plat et touchées au nitrate d'argent. — Bains sulfureux.

Avril. — Guérison complète des deux foyers primitifs. Revue complètement guérie en 1895.

OBSERVATION IX (*personnelle à M. Schwartz*).

**Endométrite catarrhale. — Salpingite.**

Madame X..., 16, rue Oudinot, juin 1893.

Endométrite catarrhale muco-pus abondant.

Utérus 7 centimètres. Douleurs vives surtout à droite et peu de chose à gauche.

Jamais d'enfant.

Tumeur nettement perceptible à droite, molle, ballotante, de la grosseur d'un petit œuf de pigeon et venant affleurer l'arcade crurale.

Rien à gauche.

Ecoulement abondant de couleur blanc jaunâtre.

15 juin. — Curettage après dilatation à la laminaire. Drainage avec une mèche créosotée. Chloroforme. Trois semaines après la malade, en excellent état, part pour les bains de mer.

La tumeur a diminué, sans disparaître complètement.

OBSERVATION X (*personnelle à M. Schwartz*).

**Endométrite cervicale. — Rétrécissement de l'orifice externe.**

Madame X...; 23, rue Bizet. Janvier 1894. Agée de 25 ans.

Pas d'enfants, jamais de soupçon de grossesse.

Utérus en anteversion. — Orificē externe très étroit.

Catarrhe très intense du col.

Menstruation douloureuse.

Ecoulement épais. Blanc jaunâtre.

8 janvier. — Curettage puis opération de Bouilly.

La malade va très bien ; il n'y a plus ni pertes blanches, ni douleurs.

OBSERVATION XI (*personnelle à M. Schwartz*).

**Endométrite. — Col conique.**

Madame X..., mariée depuis quatre ans. Pas d'enfants.

Endométrite cervicale curettée deux fois.

Nouveau curettage et opération de Bouilly 1893.

Depuis excellent état local et général.

OBSERVATION XII (*D<sup>e</sup> de Grandmaison*).

Madame X..., âgée de 30 ans. Malgré des règles régulières a des douleurs incessantes et un écoulement séro-sanguin.

Vue au mois de décembre 1892. — Utérus petit, métrite surtout du col à forme glandulaire. Mariée depuis 5 ans n'a pu être enceinte jusqu'à présent.

Janvier 1893. — Injections intra-utérines de teinture d'iode. Un mois après, grossesse se terminant au mois d'avril par un avortement.

Alors injections intra-utérines phéniquées. A la suite grossesse menée à terme.

Actuellement deuxième grossesse en bonne voie.

---

## CONCLUSIONS

---

1° La métrite est fréquente chez les vierges ; on devra toujours y songer quand on constate des troubles généraux chez une jeune fille.

2° La forme la plus fréquente est l'endométrite cervicale glandulaire chronique.

3° Chez les nullipares et, en particulier, chez les femmes nouvellement mariées, la forme blennorrhagique est très fréquente.

4° Chez les vierges la cause principale est le manque de soins de propreté joint aux causes débilitantes. Le gonocoque peut parfois être incriminé.

5° Chez la nullipare la cause la plus fréquente est la goutte militaire du mari.

6° On permettra le mariage à une vierge atteinte d'endométrite cervicale glandulaire chronique : on le retardera jusqu'à la guérison dans la métrite blennorrhagique et on le défendra dans les métrites s'accompagnant de métrorrhagies graves.

7° On surveillera l'hygiène chez les vierges de façon à éviter les causes de métrite.

8° On évitera autant que possible une intervention opératoire chez les vierges.

Vu :

*Le Président de la thèse,*

A. LE DENTU.

Vu :

*Le Doyen,*

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,*

GRÉARD.

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

- ARAN. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus.
- BENETT. — Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, 1850.
- BOUILLY. — Traité de pathologie externe, t. IV.
- BOUILLY. — Déchirure et ulcérations du col. Semaine médicale, 1888, p. 345.
- BOUILLY. — Endométrite cervicale glandulaire chronique et son traitement. Semaine médicale, 22 février 1893.
- BOUILLY. — Bulletins de la Société de chirurgie. Discussion sur le curetage utérin, 1890.
- BOUTON. — Th. Paris, 1887.
- BRANDT. — Bactériologie de la cavité du corps de l'utérus dans les endométrites. Dissert. de Saint-Petersbourg, 1891.
- RUMM. — Zur Frage der inneren desinfection Kreissender. Centr. f. gyn., 1892, n° 9.
- CORNIL. — Leçons sur les métrites. Journal des connaissances médicales, 5 avril 1888 et n°s suivants.
- COURTY. — Article Métrite du Dict. encycl. des sciences médicales.
- DELBET. — Métrites. Traité de chirurgie, t. VIII.
- DESFONTAINES. — Th. Paris 1893. Traitement de la métrite du col.
- DERVILLE. — Th. Paris, 1887.
- DIDAY et DOYEN. — Gonocoques latents et gonocoques cachés. Lyon médical, 1888, t. LIX, p. 541.

- DÖDERLEIN. — Ueber der Histogenese der Erosionen der Portio vaginalis. Cent. f. gyn., 1889, n° 6, p. 99.
- DÖDERLEIN. — Das Scheidensecret und seine Bedeutung für das Puerperalfieber. Leipzig, 1892.
- DOLÉRIIS. — Endométrite et son traitement. Nouvelles archives d'obst. et de gyn., 1887.
- DOLÉRIIS. — Considérations cliniques sur la métrite cervicale. Nouvelles archives d'obst. et de gyn., 1888.
- DOLÉRIIS. — Pathogénie des affections du col. Nouv. arch. d'obst. et de gyn., 1890.
- DOLÉRIIS. — Évolution et thérapeutique de la blennorrhagie féminine. Nouv. arch. d'obst. et de gyn., 1894, n° 2, p. 81.
- ERAUD. — De quelques recherches sur la blennorrhagie de la femme. Lyon médical, 1888, LVIII.
- FINGER. — La blennorrhagie et ses complications. Trad. Hogg, 1894.
- FISCHEL. — Ein Beitrag zur Histologie der Erosionen der Portio vaginalis Uteri. Arch. f. gyn., 1879, t. XV, p. 76; 1880, t. XVI, p. 192 et 1881, t. XVI, p. 433.
- FISCHEL. — Die Erosionen und das Ectropium. C. f. gyn., 1880.
- FRITSCH. — Die Krankheiten der Frauen. 6<sup>e</sup> auf. Berlin Wreden, 1894.
- GRANDMAISON (DE). — Des métrites. Gazette des hôpitaux 8 mars 1890, p. 265.
- GUÉRIN. — Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme. Paris, 1878.
- KLOTZ. — Gynakol-Studien. Wien, 1879.
- KRÖNIG. — Scheidensecretuntersuchungen bei 100 Schwangeren. Aseptik in der Geburtshilfe. Cent. f. gyn., 1894 n° 1.
- LACONARRET. — Nervosisme et troubles gastriques dans les affections chroniques de l'utérus. Archives cliniques de Bordeaux, 1892.
- LAGNEAU. — Dict. en 30 vol. Art. Leucorrhée.
- MARTINEAU. — Leçons sur la thérapeutique de la métrite. Paris, 1887.

- MASLOWSKI. — Contribution à l'étude de l'auto infection des accouchées. Revue d'obst. et de gyn. de Saint-Petersbourg, 1892, n° 4.
- MENGE. — Deutsch. Med. Wochens. Novembre 1894.
- MULLER. — Toux utérine. Th. Paris 1887.
- MURET. — Du rôle du système nerveux dans les affections gynécologiques. Nouv. arch. d'obst. et de gyn. 25 juillet 1894.
- OTTO KUSTNER. — Beitrage zur Lehre der Endometritis. Iena 1883.
- PÉRAIRE. — Des Endométrites infectieuses Th. Paris, 1889.
- PICQUÉ. — Du curetage de l'utérus. Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1890.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- POZZI. — Des métrites. Médecine moderne 14 avril 1890.
- POZZI. — Étiologie et Pathogénie des métrites. Mercredi méd. avril 1890.
- POZZI. — Traitement chirurgical de la métrite. Semaine médicale 4 février 1891.
- POTHERAT. — Du curetage de l'utérus. Revue gén. de clinique et de thérapeutique, 1889.
- RAFFRAY. — Th. Paris, 1895.
- RÉCAMIER. — Union médicale de Paris, 1850 p. 266.
- RUGE. — Zur Ätiologie und Anat. der Endometritis. Z. f. G. und G. 1881, Bd. V. s. 317.
- SCANZONI. — De la métrite chronique. Trad. p. Dor et Socin, 1858.
- SCHUTER. — Das Wachstum der Bacterien auf sauren Nährboden Cent. f. Bact. und Parasit. Bd. XI. N° 19.
- SCHRÖDER. — Maladies des org. génit. de la femme; Trad. Lauwers.
- SINÉTY (DE). Art. utérus. Dict. encycl. des s. médicales.
- SOLOVIEFF. — Bactériologie du canal cervical dans les endométrites. Dissert. de Saint-Petersbourg, 1891.
- STEFFECK. — Ueber Désinfection der weiblichen Genital Kanals. Z. f. g. u. g. Bd. X.
- STEFFECK. — Bacteriologische Begründung der Selbstinfection Z. f. g. u. g. Bd. XX.
- Villatte

- STROGANOFF. — Recherches bactériologiques sur le canal génital de la femme pendant les différentes périodes de la vie. Dissert. de Saint-Petersbourg, 1893, et Revue d'obst. et de gyn. de Saint-Petersbourg, 1893.
- STEINSCHNEIDER. — Ueber den Sitz der gonorrhoeischen Infection, Berlin. Klin. Wochens. 1887. N° 17.
- TERRILLON. — De l'endométrite et de son traitement. Bulletin gén. de thérap. août, 1889.
- TERRILLON. — Ulcération du col de l'utérus. Bulletin méd. novembre 1890.
- TURRO. — Centr. für. Path. u. Parasit, 1894.
- VEIT U. RUGE. — Zur Path. der vaginal Portio. Z. f. g. u. g. 1878. Bd. II, s. 415; 1882. Bd. VIII, s. 405.
- VEIT U. RUGE. — Anat. Bedeutung der Erosionen am Scheidentheil C. f. gyn. 1877, n° 2, s. 17.
- VERCHERE. — La blennorrhagie chez la femme. Bibl. Charcot Debove.
- WERTHEIM. — Prag. Méd. Wochen, 1891.
- WINTER. — Die Microorganismen, in genital Kanal der gesunden Frau. Z. f. g. u. g. 1888. Bd. XIV. Ht. 2.
- WYDER. — Tafeln für der gyn. Unterricht, Berlin, 1887. Taf. XXII.
- WYDER. — Die Mucose Uteri bei Myomen Arch. f. Gyn. 1886. Bd. XXIX.
-

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------|-----|
| INTRODUCTION.....                                           | 9   |
| Chapitre I. — Symptômes. — § 1. Symptômes fonctionnels..... | 13  |
| § 2. Symptômes physiques.....                               | 29  |
| Chapitre II. — Anatomie pathologique.....                   | 41  |
| Chapitre III. — Bactériologie.....                          | 49  |
| Chapitre IV. — Étiologie.....                               | 63  |
| Chapitre V. — Diagnostic.....                               | 73  |
| Chapitre VI. — Pronostic.....                               | 79  |
| Chapitre VII. — Traitement.....                             | 83  |
| § 1. Traitement prophylactique.....                         | 83  |
| § 2. Traitement proprement dit.....                         | 88  |
| Chapitre VIII. — Observations.....                          | 103 |
| CONCLUSIONS.....                                            | 117 |
| INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....                                  | 119 |



---

Imprimerie des Thèses de Médecine

---





